

Université Paris-Sud - Faculté de médecine Paris-Sud

Année 1975

1-30

Thèse pour le doctorat en médecine
(Diplôme d'Etat)

par

Christine MORVAN, née WOHLÉ

le 13 août 1949, à Châteauroux

Présentée et soutenue publiquement le _____

**ÉPITHÉLIOMA
DE LA TROMPE
DE FALLOPE**

(A propos de neuf cas
d'épithélioma glandulaire)

Président : Monsieur le Professeur DENOIX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Université Paris-Sud - Faculté de médecine Paris-Sud

Année 1975

N° _____

Thèse pour le doctorat en médecine
(Diplôme d'Etat)

par

Christine MORVAN, née WOHLÉ

le 13 août 1949, à Châteauroux

Présentée et soutenue publiquement le _____

**ÉPITHÉLIOMA
DE LA TROMPE
DE FALLOPE**

(A propos de neuf cas
d'épithélioma glandulaire)

Président : Monsieur le Professeur DENOIX



A Monsieur le Professeur Pierre DENOIX,

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Qu'il trouve ici l'assurance de notre
plus profond respect.*

A Monsieur le Docteur Jean-Pierre WOLFF,

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Il nous a guidé dans la réalisation de
cet ouvrage, et nous lui adressons nos
plus sincères remerciements.*

A nos Maîtres Hospitaliers :

*Monsieur le Docteur Jean FAUVET,
Monsieur le Docteur Robert PICARD,
Monsieur le Docteur Claude FRILEUX,
Monsieur le Docteur Jean-Pierre WOLFF,
Monsieur le Professeur Victor COURTECUISSÉ,
Monsieur le Docteur Pierre AUBERT,*

*Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
profonde gratitude pour l'enseignement
que nous avons reçu d'eux.*

A MES PARENTS,

A MON MARI,

Gérard MORVAN

Interne des Hôpitaux de Paris,

A MA FILLE,

A MON FRERE,

A MES BEAUX-PARENTS,

A TOUS LES MIENS,

En témoignage de ma profonde affection.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBSERVATIONS	3
TERRAIN	11
I) FREQUENCE	
II) AGE - MENOPAUSE	
III) PARITE	
IV) FACTEURS ASSOCIES :	
1) Inflammation chronique	
2) Tuberculose	
3) Autres associations	
ETUDE CLINIQUE :	19
I) SIGNES FONCTIONNELS :	
A — Hydrorrhée	
B — Métrorragies	
C — Douleurs	
II) SIGNES PHYSIQUES	
III) AUTRES SIGNES D'APPEL	

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : 25

I) A VISEE DIAGNOSTIQUE :

- A — Frottis cervico-vaginaux
- B — Hystérogaphie
- C — Curetage biopsique
- D — Cœlioscopie
- E — Autres examens

II) SERVANT AU BILAN DE L'EXTENSION

DIAGNOSTIC : 31

- I) DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE
- II) DIAGNOSTIC OPERATOIRE
- III) CLASSIFICATION

ANATOMO-PATHOLOGIE : 37

I) MACROSCOPIE :

- 1) Localisation des lésions
- 2) Aspect extérieur de la trompe
- 3) A l'ouverture
- 4) Les orifices tubaires
- 5) Les lésions associées

II) MICROSCOPIE ET DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC MICROSCOPIQUE

III) EXTENSION

TRAITEMENT : 45

I) METHODES :

- A — CHIRURGIE
- B — RADIOTHERAPIE
- C — RADIUMTHERAPIE
- D — ISOTOPES RADIOACTIFS
- E — CHIMIOTHERAPIE

II) INDICATIONS

PRONOSTIC - SURVIE 51

CONCLUSION 55

BIBLIOGRAPHIE I

INTRODUCTION

L'épithélioma primitif de la trompe a deux caractéristiques :

- la rareté : moins de 1000 cas ont jusqu'à présent été publiés, par petites séries ;
- le polymorphisme extrême de sa symptomatologie empruntant les aspects cliniques les plus banals de la gynécologie courante.

Ces deux facteurs font que le diagnostic est rarement évoqué et encore moins posé avant l'intervention.

Nous nous proposons dans cette thèse d'exposer neuf nouveaux cas d'épithéliomas glandulaires primitifs de la trompe vus à l'Institut Gustave-Roussy (I.G.R.) depuis 1960.

Deux des malades ont bénéficié d'un traitement complet à l'I.G.R., les sept autres y ont été adressées pour traitement complémentaire après découverte opératoire, mais aussi parfois seulement histologique du cancer tubaire. Ceci explique le manque de renseignements cliniques qui existe dans certaines observations.

Dans la première partie, nous exposerons les observations, dans la seconde, nous les comparerons aux données actuelles de la littérature tant étiopathogéniques que cliniques, diagnostiques, anatomopathologiques et thérapeutiques. Seul l'épithélioma glandulaire tubaire sera traité, les sarcomes étant exceptionnels (moins de vingt cas décrits dans le monde actuellement).

OBSERVATIONS

Observation n° 1

Mme K... (65/04583/RR), 57 ans, ménopause à 50 ans, consulte son médecin pour des petites pertes rosées apparues depuis 5 à 6 mois.

Une intervention est effectuée le 20 mai 1965 (Docteur VALENSKI) avec le diagnostic clinique de fibrome utérin.

L'exploration du pelvis découvre, au lieu d'un fibrome, une tumeur de la trompe gauche, adhérente au sigmoïde. L'ovaire gauche et l'utérus paraissent intacts. Hystérectomie « à l'américaine ».

Le compte rendu histologique (Docteur ZERAH) conclut à un épithélioma papillaire et végétant tubaire avec métastase ovarienne.

La malade est adressée à l'I.G.R. pour traitement complémentaire : irradiation pelvienne à la dose de 5.000 rads en 5 semaines.

La malade interrompt ce traitement de son propre chef après avoir reçu 4.200 rads. Elle ne s'est jamais présentée aux consultations prévues depuis ; elle vit à l'étranger et va tout à fait bien 10 ans après son intervention.

Observation n° 2

Mme W... (66/07803/PR), 48 ans, consulte pour un syndrome abdominal douloureux aigu avec fièvre depuis 48 heures.

A l'examen gynécologique, il existe une masse pelvienne gauche évidente séparée de l'utérus.

A l'intervention pratiquée le 4 novembre 1966 (Docteur PETIT), avec le diagnostic présumé de torsion ou de rupture de kyste de l'ovaire, il existe à l'évidence une tumeur de la trompe gauche.

Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale.

L'histologie (Docteur DEILLER) conclut à un épithélioma glandulaire papillaire de la trompe gauche propagé à l'ovaire. La trompe droite présente des lésions de sclérose inflammatoire chronique banale.

La malade est adressée à l'I.G.R. pour complément de traitement. L'état général est bon, les examens pratiqués (urographie intraveineuse, cystographie et frottis vaginaux) sont normaux.

Radiothérapie complémentaire (cobalt) à la dose de 5.000 rads sur le pelvis.

La malade est suivie régulièrement depuis. Elle est en bon état local et général, avec des frottis classe II lors de sa dernière consultation le 9 mai 1975, soit 9 ans après l'intervention.

Observation n° 3

Mme D... (06/67/2095), 60 ans, stérilité primaire, ménopause depuis 6 ans, consulte son médecin traitant en février 1967 à l'occasion d'une crise de coliques néphrétiques. Elle se plaint en outre d'une sensation de pesanteur pelvienne et d'une asthénie progressive depuis quelques temps. Son médecin lui conseille une intervention.

La malade est opérée le 17 février 1967 (Docteur FRANCANNET) avec le diagnostic de tumeur de l'ovaire comprimant l'uretère gauche. « A l'intervention, aspect de bassin gelé par un complexe tumoral comportant un volumineux kyste de l'ovaire gauche inclus dans le ligament large et un kyste salpingien droit. » Hystérectomie totale élargie avec urétérolyse pelvienne droite.

L'histologie (Docteur DELAGE) conclut à un épithélioma probablement d'origine tubaire avec extension utérine, au niveau de l'extrémité d'un polype du fond utérin, et sur le revêtement ovarien.

La malade est adressée à l'I.G.R. pour complément de traitement. A son arrivée, un mois après l'intervention, l'état général est bon. L'examen gynécologique sous anesthésie générale montre une masse pelvienne postérieure gauche dont on ne peut dire s'il s'agit d'une continuation d'évolution ou d'une sclérose post-opératoire. Les cavités rénales gauche ne sont pas opacifiées à l'urographie intraveineuse, la lymphographie montre une hypertrophie et des lacunes des ganglions iliaques externes et latéro-aortiques gauche, à droite, bien que moins hypertrophiés, ils semblent tout aussi pathologiques.

L'irradiation pelvienne et des chaînes ganglionnaires pathologiques prévue à la dose de 5.000 rads (cobalt) ne peut être effectuée en raison de l'altération rapide de l'état général et de l'apparition de phénomènes subocclusifs.

La malade décède le 6 avril 1967, moins de deux mois après son intervention.

Observation n° 4.

Mme F... (69/05328/TS), 52 ans, mariée, sans enfant, subit en juillet 1968 une hystérectomie avec annexectomie bilatérale (Professeur MUSSET). Nous avons la notion d'un frottis classe II et d'une biopsie de l'endomètre sans signe histologique de malignité en juin 1968.

L'histologie (Docteur CARTIER) conclut à un carcinome cylindrique de la trompe droite de type tubuliforme. La lésion est localisée à la lumière tubaire, la trompe opposée est kystique et il n'y a pas d'autre localisation de la tumeur.

Un an après l'intervention, en juillet 1969, apparaît une adénopathie sus-claviculaire gauche pour laquelle la malade est adressée à l'I.G.R.

La biopsie du ganglion (août 1969) montre qu'il s'agit d'une métastase d'un épithélioma glandulaire trabéculaire et peu différencié, et confirme la récurrence.

La lymphographie (août 1969) montre une exclusion de la chaîne lombo-aortique gauche, avec de vastes images lacunaires des ganglions inférieurs. L'ensemble des ganglions opacifiés présente un aspect réticulé un peu marqué évoquant radiologiquement l'aspect observé dans les réticulo-sarcomes.

Une cure de chimiothérapie (Methotrexate, Endoxan, Velbé) est effectuée tous les 15 jours avec surveillance de la numération formule sanguine, ainsi qu'une immunothérapie par B.C.G. d'avril à août 1970.

En septembre 1970, se produit une efflorescence massive de toutes les aires ganglionnaires superficielles (sus-claviculaires, cervicales, axillaires, inguinales) avec paralysie récurrentielle gauche et circulation collatérale de l'hémithorax supérieur gauche traduisant une compression médiastinale.

A la lymphographie, les ganglions iliaques et lombo-aortiques ont nettement augmenté de volume depuis août 1969.

On pratique une irradiation des chaînes cervicales, axillaires, inguinales et crurales, des creux sus-claviculaires droit et gauche, à la dose de 5.000 rads, une irradiation abdominale à la dose de 3.000 rads avec un complément de 2.000 rads sur les ganglions lombo-aortiques, une irradiation à la dose de 2.000 rads sur les lésions pelviennes. En mars 1971, le traitement est terminé. En juin 1971, la malade présente un zona sur la face antérieure du thorax et le bras gauche.

En août 1971, apparaît une hépatomégalie dure et franchement métastatique. L'état hématologique ne permettant pas une reprise de la chimiothérapie, on se contente d'un traitement symptomatique. La malade est ensuite perdue de vue pendant 3 ans. Le décès est survenu au milieu de l'année 1974, soit 6 ans après le diagnostic initial.

Observation n° 5

Mme R... (06/70 01788/RX), 62 ans, un enfant, ménopausée à 55 ans, sans antécédents gynécologiques notables, consulte en mars 1969 pour métrorragies d'apparition récente. Une hystérographie et un curetage biopsique ne montrent rien d'anormal.

En janvier 1970, un syndrome abdominal aigu avec douleurs pelviennes, métrorragies et fièvre conduit, après refroidissement par des antibiotiques, à une laparotomie exploratrice (Docteur GINESTE).

Il existe une volumineuse trompe gauche enclavée dans la paroi pelvienne gauche qui est très inflammatoire, cartonnée, sans masse ganglionnaire volumineuse perçue. L'utérus est normal ainsi que l'annexe droite. Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale.

Le compte rendu histologique (Docteur CAMENEN) conclut à un épithélioma glandulaire dédifférencié de la trompe gauche avec nécrose importante et surinfection. La trompe droite est le siège d'un hydrosalpinx microloculaire.

La malade est adressée à l'I.G.R. pour complément de traitement. Les différents examens pratiqués, urographie intraveineuse, radiographie pulmonaire, frottis vaginal sont normaux. La cystoscopie ne montre qu'une cystite érythémateuse attribuée à la sonde urinaire. Enfin, la lymphographie montre des ganglions normaux à droite et échoue à gauche.

Elle reçoit 5.000 rads (cobalt) au niveau du pelvis en 6 semaines.

Mme R... est ensuite suivie régulièrement jusqu'en décembre 1973 où, au toucher rectal, on perçoit une masse dure, polylobée, médiane et latérale gauche. Une urographie en juin 1971 et un lavement baryté en juillet 1972 étaient normaux. En décembre 1973, l'urographie intra-veineuse est normale.

En janvier 1974, une nouvelle laparotomie trouve une récurrence au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, avec sténose importante du colon, et à la face postérieure de la vessie. Il existe en outre une métastase semblant unique qui inclut la base de l'appendice.

Etant donné l'âge de la malade et l'extension des lésions, on décide de s'abstenir de tout acte chirurgical, celui-ci serait trop mutilant (pelvectomie totale).

Revue en avril 1974, la malade se portait bien, la masse persistait au toucher rectal. La malade est toujours en vie 5 ans après le diagnostic initial.

Observation n° 6

Mme B... (71/01952/HK), 61 ans, mariée, sans enfant, une fausse-couche, ménopause à 55 ans sans problème, se plaint depuis janvier 1970 de douleurs de la fosse iliaque et du flanc droit sans altération

de l'état général. L'apparition d'œdèmes des membres inférieurs prédominant aux cuisses l'amène à consulter en janvier 1971.

L'examen gynécologique montre une tumeur du Douglas ferme, régulière et indolente. Les frottis vaginaux sont classe II. A l'hystérogographie, il existe une simple hyperplasie de l'endomètre, sans injection des trompes.

L'intervention (18-02-1971, Docteur SULTAN) découvre une trompe droite énorme, inflammatoire, prise au début pour un pyosalpinx. Il existe des adénopathies lombo-aortiques. Hystérectomie totale sans conservation.

L'examen histologique de la pièce opératoire (Docteur DEMAY) conclut à un carcinome de la trompe droite infiltrant la paroi avec nécrose. Le reste des annexes est indemne de lésions.

Dans les suites opératoires, la malade fait une phlébite du membre inférieur droit.

Mme B... est adressée à l'I.G.R. pour traitement complémentaire mais, pour des raisons de domicile, celui-ci sera effectué au Centre René-Huguenin de Saint-Cloud. Un bilan est entrepris qui montre une urographie et une radiographie pulmonaire normales. En revanche, à la lymphographie, on constate un envahissement bilatéral des chaînes ganglionnaires lombo-aortiques.

La radiothérapie externe pelvienne et lombo-aortique doit être interrompue en mai 1971, à 4.500 rads, pour intolérance (nausées, diarrhée, irritation vaginale).

La malade revient quelques jours plus tard pour apparition d'une adénopathie sus-claviculaire gauche. On décide une irradiation du creux sus-claviculaire gauche et une cure d'Endoxan à forte dose.

La malade est réhospitalisée pour son traitement huit jours après, et on constate en plus l'existence d'une adénopathie sus-claviculaire droite et d'une masse dure et douloureuse dans la région sus-ombilicale manifestement métastatique. La radiographie pulmonaire montre un élargissement du médiastin.

On réalise une irradiation des creux sus-claviculaires (deux séries de 2.000 rads) et une cure d'Endoxan (1 gramme). Les adénopathies sus-claviculaires disparaissent presque complètement mais les œdèmes des membres inférieurs persistent, ainsi qu'une volumineuse masse pelvienne. Une leucopénie importante empêche la reprise d'une cure d'Endoxan.

L'état général de Mme B... se détériore rapidement. En août 1971, elle est réhospitalisée pour une nouvelle cure d'Endoxan. L'apparition d'une ascite et d'une subocclusion motivent une nouvelle hospitalisation en octobre 1971. Le traitement par Endoxan (300 mg deux fois par semaine) n'est plus supporté sur le plan général ; on lui substitue le Velbé.

Le décès survient finalement le 11 décembre 1971, soit 10 mois après le diagnostic initial, dans un tableau de subocclusion.

Observation n° 7

Mme D... (06/73 10306/BW), 35 ans, règles régulières, pas de grossesse bien que n'ayant jamais pratiqué de contraception, consulte son gynécologue pour des leucorrhées purulentes.

Celui-ci, lors de l'examen, a la sensation d'une masse pelvienne gauche difficile à identifier et il l'adresse au chirurgien.

Dans les antécédents de la malade on note une appendicectomie à l'âge de 18 ans, un kyste du sein opéré à l'âge de 24 ans et une uvéite en 1969 (elle avait été rapportée à une étiologie tuberculeuse, elle était en fait due à une allergie post-streptococcique).

Une laparotomie est pratiquée début décembre 1973 (Docteur BELLE), qui découvre un myome de la face antérieure de l'utérus et surtout un énorme hydrosalpinx bilatéral, cependant plus gros à gauche. Les trompes sont entièrement sténosées au niveau des deux ovaires. A l'ouverture, elles sont remplies de granulations ; le liquide qu'elles contenaient est stérile à l'examen direct. La malade ayant eu dans ses antécédents une uvéite étiquetée tuberculeuse, le chirurgien pense à la possibilité d'une tuberculose génitale et il se contente de prélever des fragments tubaires pour analyse, d'autant plus que la malade avait refusé à l'avance toute chirurgie radicale parce qu'elle n'avait pas d'enfant.

L'histologie conclut à un adénocarcinome typique envahissant les deux trompes. Il est possible qu'il s'agisse d'un épithélioma sérogerminatif de l'ovaire propagé à la paroi tubaire.

La malade est alors adressée à l'I.G.R. pour traitement. Les examens complémentaires pratiqués (urographie intraveineuse, thorax, lymphographie) sont normaux. Frottis classe I.

L'intervention a lieu le 27 décembre 1973 (Docteur MICHEL). Au niveau du pelvis, il existe deux énormes trompes surtout du côté gauche qui adhèrent intimement au colon sigmoïde, au cæcum et à l'épiploon. Ces adhérences sont libérées sans effraction. On palpe de nombreux petits ganglions latéro-aortiques. Hystérectomie avec annexectomie terminée par une épiploectomie préventive. A noter que, au niveau du cul-de-sac de Douglas, il existe des granulations multiples, métastatiques qui sont prélevées.

L'histologie (Docteur WEILL) conclut à la présence d'un adénocarcinome bien différencié, souvent papillaire, envahissant les deux trompes droite et gauche et de plages épithéliomateuses de même nature en surface des deux ovaires et dans les deux culs-de-sacs vaginaux. En l'absence de tumeur utérine et vu l'importance de l'extension tumorale au niveau des deux trompes et la disposition périphérique

des tumeurs ovariennes, il semble plutôt s'agir d'une tumeur tubaire primitive bilatérale bien qu'on ne puisse l'affirmer.

La malade reçoit un traitement radiothérapique complémentaire à la dose de 5.000 rads au niveau du pelvis (Neptune). L'état général est bon en fin de traitement.

La malade a été vue en mars 1975 ; elle signalait de petites pertes de sang. A l'examen gynécologique, la partie droite de l'abdomen était moins dépressible que la gauche, mais il semblait s'agir d'une réaction de la paroi à l'irradiation.

Observation n° 8

Mme X... (06/63/1818/QJ), 42 ans, mariée, sans enfant, stérile à la suite d'une salpingite tuberculeuse dans l'adolescence, consulte à l'I.G.R. en septembre 1973 pour recrudescence de métrorragies apparues quotidiennement un mois auparavant.

L'examen gynécologique trouve un col sain, un utérus ferme et mobile, un peu gros. A l'hystéroggraphie, on note une obstruction tubaire. Le frottis est classe I. La biopsie de l'endomètre révèle des anomalies évoquant une inflammation dite spécifique. L'urographie intraveineuse, la radiographie pulmonaire et le fond d'œil sont normaux dans le cadre du bilan tuberculeux.

La malade est mise à un traitement antituberculeux (Rimifon, Ethambutol, Rifadine) en octobre 1973, et une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale est décidée étant donné la salpingite tuberculeuse probable, l'existence d'un fibrome et le saignement persistant malgré un traitement symptomatique (Methergin).

L'exploration en février 1974 est négative. L'utérus est augmenté de volume, il existe un hydrosalpinx droit et l'ovaire gauche présente de nombreux kystes intraligamentaires macroscopiquement bénins.

L'examen histologique de la pièce opératoire conclut à un adénocarcinome papillaire de la trompe droite, s'étendant à toute la longueur de la trompe et envahissant la paroi jusqu'au méso. L'utérus et les ovaires ne sont pas tumoraux. Il existe des lésions de salpingite chronique à gauche avec des foyers d'endométriase dans la paroi. Aucun signe d'inflammation spécifique n'a été mis en évidence sur tous les prélèvements examinés.

Une irradiation pelvienne (accélérateur linéaire) à la dose de 4.800 rads a complété le traitement. Le traitement antituberculeux a été arrêté fin mars 1974.

La malade est suivie régulièrement et va bien un an et demi après l'intervention.

Observation n° 9

Mme D... (06/74 05191/LF), 54 ans, un enfant, a subi une hystérectomie totale à l'Hôpital Bégin le 7 mai 1974 pour fibromyome utérin avec kyste de l'ovaire droit inclus dans le ligament large et hydrosalpinx gauche.

L'examen anatomopathologique systématique de la pièce opératoire a permis de découvrir un adénocarcinome différencié de la trompe gauche.

La malade est adressée à l'I.G.R. pour traitement complémentaire, mais pour des raisons de proximité de domicile, celui-ci est pratiqué au Centre René-Huguenin. Radiothérapie à haute énergie (25 MeV) à la dose de 5.000 rads sur le pelvis, les aires ganglionnaires iliaques et lombo-aortiques.

Lors de sa dernière consultation au Centre René-Huguenin, le 6 juin 1975, soit un an après l'intervention, la malade allait bien.

TERRAIN

1) FREQUENCE

L'épithélioma primitif de la trompe est le plus rare des cancers génitaux de la femme.

ROBEY [61] classe par ordre de fréquence décroissante les cancers du col, de l'endomètre, de l'ovaire, de la vulve, du vagin et enfin, en dernier, de la trompe.

Les pourcentages de fréquence sont variables selon les auteurs, mais toujours très faibles :

- 0,025 % pour Sol FERNANDEZ, soit 1 cas sur 3.850 cancers génitaux [69] ;
- 0,07 % pour BOURY-HEILER [6], soit 8 cas sur 10.194 malades opérées à Broca de 1951 à 1962, alors que toutes les pièces opératoires étaient envoyées au laboratoire d'anatomopathologie ;
- 0,14 % pour CRIST [17], soit 3 cas sur 2.215 ;
- 0,16 % pour LOFGREN [45] ;
- 0,18 % pour MONTAZEE, soit 8 cas sur 4.341 tumeurs en 17 ans [53] ;
- 0,24 % pour HANTON [31] ;
- 0,38 % pour DODSON [19], soit 10 cas sur 2.600 en 13 ans ;
- 0,71 % pour MOUTQUIN [54] ;
- 1,81 % pour HURLBUTT et NELSON [36], ce qui semble être le pourcentage le plus élevé.

La moyenne semble se situer aux alentours de 0,3 %, soit 3 cas sur 1.000 cancers génitaux de la femme.

VILLAR [75] pense que la rareté de ce cancer serait due à sa méconnaissance, comme tend à le prouver l'augmentation du nombre de cas publiés ces dernières années depuis que l'examen anatomopathologique des pièces opératoires est devenu systématique.

Pour FUNCK-BRENTANO [29], la fréquence réelle devrait donc être celle calculée d'après l'examen systématique des trompes après hystérectomie.

Nous avons 9 cas d'épithélioma glandulaire primitif des trompes sur 5.340 cancers génitaux traités à l'I.G.R. depuis 1960, soit une fréquence de 0,16 ‰, ce qui fait partie des chiffres les plus bas cités. Il est à noter que nous avons trois cas depuis un an et demi ; sur ces trois cas, le diagnostic a été une fois une découverte de l'examen systématique de la pièce opératoire (observation n° 9). En revanche, nous ne relevons aucun cas de 1960 à 1965. Cette fréquence relativement faible est peut-être due au fait que les chirurgiens ou les gynécologues n'adressent pas pour une radiothérapie complémentaire les malades chez qui ils ont découvert un épithélioma tubaire, contrairement à ce qui se passe pour l'ovaire, du fait de sa radio-résistance classique (qui n'est d'ailleurs pas prouvée).

II) AGE, MENOPAUSE

L'épithélioma primitif tubaire atteint le plus souvent les femmes aux environs de l'âge de la ménopause, ce qui, pour ROBEY [61], les place dans la même catégorie que celles porteuses d'un cancer de l'endomètre.

Les chiffres moyens couramment donnés se situent autour de 50 ans :

- 48 ans pour HAYDEN [33] ;
- 50 ans pour MONTAZEE [53] ;
- 51 ans pour HANTON [31] ;
- 52 ans pour COHN [14] ;
- 56 ans pour BOUTSELIS [7] ;
- 57 ans pour KNEALE et ATTWOOD [41].

Les deux tiers des cas sont situés entre 40 et 55 ans pour VERHAEGHE [74] et cet épithélioma survient exceptionnellement avant 30 ans et après 65 ans.

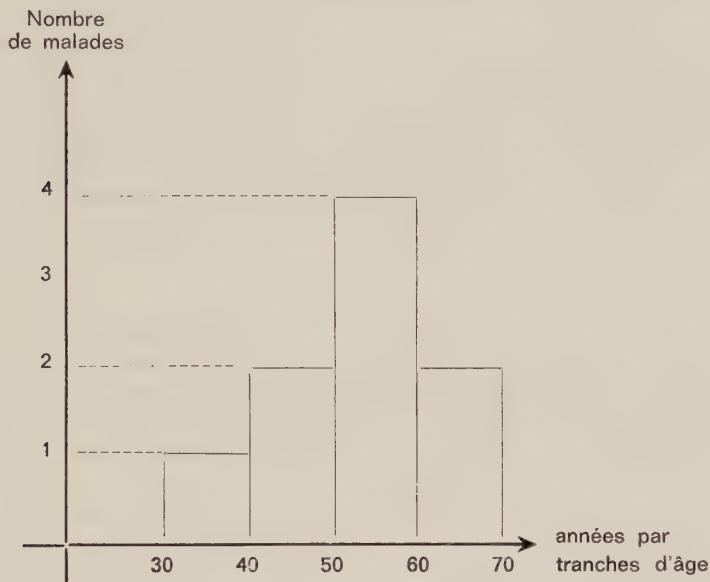
Les cas extrêmes rapportés sont :

- 3 cas à 18 ans (respectivement pour ROSS, HANTON [31], JOHNSON [38] et KAHN [40]) ;
- 1 cas à 23 ans pour MITCHELL [52] ;
- 1 cas à 28 ans pour TURUNEN [72].

Dans les tranches d'âge supérieures :

- 1 cas à 79 ans pour MOUTQUIN [54] ;
- 1 cas à 80 ans pour FULLERTON [28] ;
- 1 cas à 87 ans pour PHELPS [58].

Nos 9 cas ont un âge moyen de 52,4 ans, ce qui correspond parfaitement aux données de la littérature avec des extrêmes de 36 ans et de 62 ans.



Les rapports de l'âge de survenue de l'épithélioma tubaire avec la ménopause varient quelque peu selon les auteurs. Le pourcentage de femmes ménopausées est de :

- 100 % pour COHN [14], soit 4 cas sur 4 ;
- 78 % pour BOUTSELIS [7], soit 11 cas sur 14 ;
- 68 % pour FOGH [26] ;
- 62 % pour HANTON [31], soit 17 cas sur 27 ;
- 37 % pour MONTAZEE [53], soit 3 cas sur 8.

Dans notre série, 4 femmes sur 8 étaient ménopausées. Le renseignement manque pour la neuvième malade.

III) PARITE

De nombreux auteurs ont souligné la fréquence anormale de la stérilité chez les femmes porteuses d'un épithélioma tubaire primitif.

Les pourcentages varient mais la proportion de nullipares est élevée :

- 71 % pour BOUTSELIS [7] ;
- 62 % pour BOURY-HEILER [6] ;
- 59 % pour HANTON [31], soit 16 malades sur 29, cependant 4 malades sur les 16 avaient eu une grossesse suivie d'avortement ;
- 56 % pour MOUTQUIN [54] ;
- 52 % pour FOGH [26], soit 20 malades sur 38. Neuf malades sur les 20 avaient un passé qui pouvait expliquer la stérilité : deux gonococcies, une syphilis, deux salpingites, deux avortements. Les 11 autres, en revanche, n'avaient aucune cause évidente de stérilité ;
- 50 % pour SEDLIS [66] et HAYDEN [33] ;
- 30 % pour FRANCKEL [27] ;
- 27 % pour HU [35] ;
- 6,6 % pour PHELPS [58], soit 1 cas sur 15.

De toutes les façons, on observe rarement de grandes multipares parmi les femmes porteuses d'un épithélioma primitif tubaire.

Pour DODSON et FORD [19], la moyenne de grossesse des femmes porteuses de ce cancer est de 1,8, ce qui est inférieur aux chiffres retrouvés dans la population générale.

Quelques cas de multipares sont pourtant rapportés. Parmi les 11 malades non stériles de la série de HANTON [31], 6 ont un enfant, 2 deux enfants et 3 trois enfants. Quant à MOUTQUIN [54], il rapporte les cas de 2 malades qui ont eu respectivement neuf et treize grossesses.

Dans notre série :

- 5 malades sont nullipares (1 avait des antécédents de salpingite tuberculeuse, 1 a fait une fausse-couche) ;
- 2 ont un enfant ;
- Nous n'avons pas de renseignements pour les 2 restantes.

IV) FACTEURS ASSOCIES

Qu'il s'agisse d'inflammation chronique, d'infection dite spécifique ou d'une autre pathologie gynécologique, leur association à l'épithélioma tubaire primitif a été signalée et a suscité de nombreuses controverses.

1) Inflammation chronique

L'association épithélioma tubaire primitif-inflammation chronique est très fréquemment retrouvée dans la littérature (50 % des cas pour HANTON [31]).

On a voulu accorder à l'inflammation chronique un rôle favorisant dans le développement du cancer, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'on sait que le cancer se développe en théorie plus facilement aux dépens d'un tissu chroniquement irrité.

Cependant, l'inflammation chronique est très fréquente et le cancer de la trompe très rare, ce qui peut expliquer d'éventuelles coïncidences.

De plus, on ne peut pas toujours affirmer avec précision la chronologie des atteintes : inflammation antérieure au cancer ou secondaire à lui ? Pour HERTIG et GORE [34], il y a souvent une salpingite associée dans la trompe touchée mais généralement pas dans l'autre, ce qui suggère que l'infection suit plutôt qu'elle ne précède le cancer. La trompe cancéreuse est souvent le siège de réactions inflammatoires peut-être liées à la rétention de sécrétions et à la nécrose du tissu tumoral.

Enfin, la salpingite chronique, de par le remaniement histologique qu'elle occasionne, ne facilite pas le diagnostic d'épithélioma tubaire. Pour ROBEY [61], l'identification d'épithélioma tubaire dans les lésions de salpingite chronique est entachée d'erreur par excès, car les aspects d'hyperplasie et de pseudostratification liés à la multiplication des cellules de réserve sont difficiles à distinguer d'une formation tumorale débutante.

Ces trois aspects du problème rendent compte de la complexité de l'association morbide épithélioma-inflammation tubaire.

COHN [14], pour sa part, a voulu attribuer à la maladie inflammatoire tubaire un rôle protecteur. En fermant l'ostium abdominale, elle retarderait la dissémination précoce de la tumeur au pelvis et améliorerait ainsi le pronostic. Parmi ses quatre cas, seule la malade qui n'avait pas de lésions inflammatoires tubaires présentait une invasion évidente de la paroi pelvienne à travers l'extrémité de la trompe. Les trois autres, présentant des lésions de salpingite chronique bilatérales, avaient un cancer limité à la trompe.

L'opinion de WOODRUFF et PAUERSTEIN [80] rejoint celle de COHN à ce sujet. Dans la série de BOUTSELIS [7], 4 des 5 survivantes avaient une occlusion tubaire.

Dans notre série, nous avons quatre fois la notion d'inflammation chronique tubaire à l'histologie, les quatre fois dans la trompe opposée à la tumeur, ce qui est contraire à l'opinion habituelle (HERTIG et GORE [34]).

2) Tuberculose

Elle a été incriminée comme facteur favorisant le développement de l'épithélioma tubaire.

CALLAHAN [12] dit que la tuberculose et le cancer tubaire sont trouvés dans 12 % des cas autopsiés de malades atteintes d'épithélioma tubaire.

NOVAK [58] pense qu'étant donné la similitude des lésions histologiques, de nombreux cas de carcinome tubaire ont en fait été confondus avec des tuberculoses de la trompe.

SEDLIS [66], dans sa série de 232 cas, la retrouve dans 3 % des cas, ce qui n'est pas statistiquement supérieur aux chiffres de tuberculose génitale de la population générale.

HAMEED [30] décrit deux cas d'association épithélioma tubaire primitif et tuberculose sur les cinq cas de sa série. Pour lui, cette association est rarissime (moins de vingt cas décrits dans la littérature) parce que la prolifération anormale dans la tuberculose rend le diagnostic de malignité difficile, surtout en cas de cancer bien différencié, et que, d'autre part, les pièces opératoires ne sont pas examinées dans l'optique de mettre en évidence une tuberculose.

Les deux maladies peuvent être prises l'une pour l'autre et DEL PUFLETT [18] en rapporte un exemple démonstratif.

Une de nos 9 malades avait dans ses antécédents une salpingite tuberculeuse (observation n° 8). La biopsie de l'endomètre pratiquée pour la recherche étiologique de métrorragies révéla des anomalies évoquant une inflammation dite spécifique. Etant donné ses antécédents, elle fut soumise à un traitement antituberculeux. L'histologie de la pièce opératoire quatre mois plus tard ne montra aucun signe de tuberculose.

3) Autres associations

a) Tumeurs bénignes :

- Fibromyomes utérins : très fréquents surtout à l'âge où survient l'épithélioma tubaire, ils peuvent égarer le diagnostic ;
- Kyste de l'ovaire ;
- Papillomes tubaires : on les a accusés de pouvoir dégénérer, mais on n'a encore jamais pu saisir de stade de transformation maligne ;
- Endométriose : pour TURUNEN [72], elle peut être le point de départ d'un épithélioma tubaire. Une de nos malades (observation n° 8) présentait des foyers d'endométriose dans la paroi tubaire.

b) Tumeurs malignes

L'association de l'épithélioma tubaire avec d'autres cancers génitaux (ovaire, utérus en particulier) a été signalée. Il ne s'agit évidemment pas de tumeurs ovariennes ou utérines avancées ayant envahi les trompes par extension, mais de lésions ayant évolué simultanément avec des points de départ différents.

Selon la théorie de l'origine multicentrique des cancers génitaux, le processus malin toucherait un tissu de même embryologie en différents points à la fois (SEDLIS [66]).

EREZ [23] et MOUTQUIN [54] rapportent chacun un cas d'épithélioma « in situ » du col utérin associé à un épithélioma primitif tubaire limité à la muqueuse.

ÉTUDE CLINIQUE

Les aspects cliniques de l'épithélioma tubaire sont des plus variés et des plus polymorphes.

Les signes sont souvent ceux d'affections gynécologiques banales et, si l'intervention qui aboutira au diagnostic est proposée, c'est encore fréquemment pour une toute autre cause.

Les auteurs se sont efforcés de dégager les signes d'appel particuliers qui, seuls ou en association, permettraient un diagnostic de certitude pré-opératoire.

1) SIGNES FONCTIONNELS

Les quatre signes principaux le plus souvent retrouvés sont :

- L'hydrorrhée ou l'hydrohématorrhée ;
- Les métrorragies ;
- Les douleurs pelviennes ;
- La masse latéro-utérine.

A. — L'hydrorrhée

C'est un écoulement aqueux, incolore ou jaunâtre, parfois plus épais simulant des leucorrhées. Elle est due, pour TURUNEN [72], aux sécrétions épithéliales et aux produits de nécrose de la trompe et se produit si l'orifice utérin de la trompe est ouvert.

Elle serait hautement évocatrice quand elle a une teinte rosée : c'est alors une hydrohématorrhée (PICCIOLI [60], BOURY-HEILER [6], MARTZLOFF [46]).

Son abondance est variable : elle peut être minime ou aller jusqu'à un litre par jour, simulant alors une incontinence d'urine (MEYER [50],

SEDLIS [66]) ou une fistule urinaire (FOGH [26]). L'hydrorrhée enfin peut manquer (ISRAEL [37]).

Elle peut être continue ou intermittente, à type de brusque décharge qui soulage une colique pelvienne. Ce syndrome décrit pour la première fois par LATZKO [43], sous le nom d' « hydrops tubae profluens », est pour de nombreux auteurs typique de l'épithélioma tubaire (ISRAEL [37], ANSPACH [1]).

SEDLIS [66] ne l'a trouvé que 10 fois dans sa revue de 232 cas.

KNEALE [41], quant à lui, ne l'a retrouvé dans aucun de ses 13 cas et il considère que ce symptôme évoque plutôt un hydrosalpinx.

L'hydrorrhée est un signe fréquent. SELDIS [66] la retrouve dans 41 % de ses cas, THOYER-ROZAT [71] dans 50 % et BOURY-HEILER [6] dans 37 % des siens.

Dans notre série, parmi les 8 malades pour lesquelles nous avons des renseignements pré-opératoires, aucune ne présentait d'hydrorrhée. En revanche :

- une malade a consulté pour hydrohématorrhée (observation n° 1) ;
- une autre pour des leucorrhées purulentes banales (observation n° 7).

B. — Les métrorragies

Elles ont le mérite quand elles surviennent, seules ou associées à l'hydrorrhée, d'alarmer les malades plus rapidement que l'hydrorrhée et les douleurs et d'entraîner des explorations plus poussées.

FINN et JAVERT [25], ainsi que COHN [14] en font le symptôme le plus fréquent.

Pour TURUNEN [72], elles se voient dans les formes les plus évoluées des épithéliomas tubaires.

DODSON [19] les a retrouvées dans 5 de ses 10 cas (deux fois après la ménopause).

Elles n'ont aucun caractère spécial : continues ou intermittentes entre les règles si la femme est en période d'activité génitale. Ce sont des ménorragies ou des ménométrorragies d'abondance variable.

Elles doivent faire suspecter le diagnostic, en particulier quand elles surviennent après la ménopause et que l'examen clinique et la biopsie utérine sont normaux. La coéloscopie est alors indiquée, suivie éventuellement d'une laparotomie exploratrice (HATHOUT [32], BLAIKLEY [43]).

Les métrorragies ont été le motif de consultations de deux de nos malades :

- l'une, non ménopausée, présentait des métrorragies continues depuis un mois (observation n° 8) ;

— l'autre était ménopausée (observation n° 5). L'hystérogaphie et le curetage biopsique ne montrèrent rien d'anormal.

C. — Les douleurs

Elles peuvent être à type de pesanteur pelvienne, de crampes irradiant vers le sacrum ou les membres inférieurs (WECHSLER [77]), de coliques salpingiennes paroxystiques ou permanentes, de lombalgies.

Elles deviennent plus spécifiques lorsqu'elles sont paroxystiques et calmées par une brusque décharge de liquide.

Elles sont dues à la distension tubaire, à l'infection (BOURY-HEILER [6]), à des adhérences dans les formes évoluées, ou à l'irritation du péritoine par des sécrétions tubaires lorsque l'ostium abdominale est perméable.

KNEALE et ATTWOOD [41] les ont trouvées 4 fois dans leur série de 13 cas (3 fois une douleur de la fosse iliaque, une fois une douleur rectale).

Deux de nos 9 malades présentaient des douleurs :

- une fois, de la fosse iliaque droite et du flanc droit, irradiant vers les cuisses avec œdèmes des membres inférieurs (observation n° 6) ;
- l'autre fois, c'était une simple pesanteur pelvienne (observation n° 3).

II) SIGNES PHYSIQUES

L'examen gynécologique, dans le meilleur des cas, trouve une masse latéro-utérine que l'on peut rapporter à l'annexe. Présente dans 80 % des cas (13 sur 16) pour MOUTQUIN [54], dans 75 % des cas pour ENGSTROM, constante pour MASON [47], HAYDEN [33] la trouve dans ses 12 cas, soit 100 %.

Mais, bien souvent, on ne retrouve qu'une masse pelvienne dont on ne peut préciser ni la nature ni le siège exact (18 fois sur 27 pour HANTON [31]). Un utérus irrégulier, une hypertrophie ovarienne peuvent égarer le diagnostic chez les femmes ménopausées (BENSON [3]).

KNEALE et ATTWOOD [41] rapportent un cas où la masse était palpable dans la cloison recto-vaginale.

La tumeur peut prendre d'autres aspects à l'examen clinique :

- simple empâtement des culs-de-sacs vaginaux ;
- décharge brusque de liquide jaunâtre lors de l'examen gynéco-

logique à la suite de laquelle la masse diminue de taille (complète le syndrome d'hydrops tubae profluens décrit par LATZKO [43]).

De toutes les façons, la sensation d'une masse annexielle au toucher vaginal témoigne d'une lésion déjà relativement importante.

Chez nos malades, l'examen clinique a retrouvé :

- deux fois une masse pelvienne gauche non identifiable (observations n^{os} 2 et 7) ;
- une fois une tumeur du Douglas (observation n^o 6) ;
- une fois la masse fut rapportée à une tumeur de l'ovaire gauche (observation n^o 3) pour laquelle la malade fut opérée. A l'intervention, il existait un kyste salpingien droit, siège de la tumeur ;
- trois fois, l'utérus a attiré l'attention par son aspect fibromateux (observations n^{os} 1, 8 et 9). Dans l'observation n^o 9, il existait en plus un kyste de l'ovaire droit, la tumeur siégeait dans la trompe gauche.

Il existait donc cinq fois une masse pelvienne palpable, deux fois elle n'avait pas de rapport avec la lésion tubaire puisqu'elle était due à un ovaire opposé pathologique.

L'association des maîtres signes :

- hydrorrhée, et mieux hydrohématorrhée,
- douleurs,
- masse annexielle palpable

est considérée comme très évocatrice. Elle doit conduire à la laparotomie exploratrice ou à la coéloscopie au minimum.

L'association complète est rare :

- 3 fois sur 27 cas pour HANTON [31] ;
- 8 fois sur 14 cas pour BOUTSELIS [7].

En fait, les symptômes sont le plus souvent isolés ou associés par deux : 13 fois, sur les 27 cas de HANTON [31], on retrouvait deux des symptômes.

Pour MONTAZEE [53], le problème le plus délicat est posé par les malades qui présentent uniquement des hydrorrhées, hydrohématorrhées ou des hématorrhées isolées et où l'examen clinique et les biopsies sont négatives : la laparotomie exploratrice est indiquée, et ce d'autant plus que la femme est ménopausée.

Dans notre série, aucune des malades ne présentait la triade classique.

III) AUTRES SIGNES D'APPEL

Les motifs de consultation, en dehors des trois signes classiques, sont nombreux et très polymorphes.

1. Signes de la série gynécologique

- Stérilité : elle a motivé la consultation chez 8 des 38 malades de FOGH [26] ;
- Dysménorrhée ;
- Dyspareunie (quatre fois dans la série de FRANCKEL [27]) ;
- Annexite aiguë (ce fut le cas de deux de nos malades) ;
 - syndrome abdominal aigu avec douleurs pelviennes, métrorragies, fièvre (observation n° 5) ;
 - syndrome abdominal aigu douloureux et fébrile (observation n° 2). La malade fut opérée avec le diagnostic de torsion ou rupture d'un kyste de l'ovaire.

2. Signes de voisinage

- Constipation ;
- Signes d'appel urinaire :
 - dans un cas signalé par FUNCK-BRENTANO [29], les symptômes étaient une pollakiurie et des lombalgies ;
 - chez une de nos malades (observation n° 3), une crise de coliques néphrétiques a motivé la consultation. A cette occasion, la malade signale une sensation de pesanteur pelvienne et une asthénie. Elle est opérée avec le diagnostic clinique de tumeur de l'ovaire comprimant l'uretère gauche. Cette association a été fortuite puisque l'épithélioma siégeait dans la trompe droite.

3. Autres signes

- Altération isolée de l'état général avec asthénie et amaigrissement, une fois dans notre série, on trouve une asthénie lors de la première consultation (observation n° 3) ;
- Augmentation du volume de l'abdomen. C'est un symptôme inhabituel et tardif. Il témoigne soit d'une tumeur tubaire énorme (HU en décrit une de 17 centimètres de diamètre), soit plus souvent d'une affection gynécologique associée, kyste de l'ovaire ou fibrome utérin, soit encore d'une ascite à un stade plus tardif ;
- Pseudo-appendicite aiguë (un cas décrit par SACREZ [63]).

4. Comme tous les cancers,

l'épithélioma tubaire peut être révélé par une métastase

- Ombilicale (COUTURIER [16]) ;
- Epiploïque : MINH [51] cite un cas très curieux. Une malade était porteuse d'une hernie ombilicale connue depuis longtemps. Celle-ci changea de consistance, devint dure en même temps qu'apparut une ascite ; le liquide d'ascite révéla la présence de cellules épithéliomateuses appartenant à un adénocarcinome. A l'intervention, on trouva une volumineuse métastase épiploïque dans la poche de hernie. Le cancer primitif était un minuscule carcinome tubaire ;
- Inguinale : FINN et JAVERT [25] citent le cas d'une métastase d'un épithélioma tubaire qui avait été prise pour une hernie inguinale étranglée. Les métastases ganglionnaires se faisant d'abord aux ganglions lombo-aortiques, ce cas est exceptionnel.

5. Enfin, l'épithélioma tubaire peut être découvert par hasard

à l'histologie

Ce fut le cas de deux malades opérées pour des épithéliomas « in situ » du col utérin (EREZ [23], MOUTQUIN [54] chez qui le diagnostic fut porté lors de l'examen histologique de la pièce opératoire.

Au total, nos malades ont consulté une fois pour hydrohématorrhée, une fois pour des leucorrhées purulentes, deux fois pour des métrorragies, deux fois pour douleurs pelviennes, deux fois pour un syndrome abdominal aigu (accompagné de métrorragies chez une malade), enfin une malade a été opérée pour kyste de l'ovaire associé à un hydrosalpinx et à un fibrome. L'examen clinique retrouva cinq fois une masse pelvienne palpable. Dans deux cas, elle n'avait pas de rapport avec la lésion tubaire.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Certains sont à visée diagnostique, les autres servent au bilan de l'extension de la tumeur.

I) PARMI LES EXAMENS A VISEE DIAGNOSTIQUE :

A. — Frottis cervico-vaginaux

Simple et anodin, cet examen doit être systématiquement effectué chaque fois qu'une malade consulte en gynécologie. Il ne sert pas qu'au dépistage du cancer du col. Positif, il ne donne en général pas d'étiologie précise, mais il a l'immense mérite d'attirer l'attention.

Sa valeur pour le diagnostic d'épithélioma tubaire est discutée :

- SEDLIS [66] trouve 60 % de réponses positives dans les 40 cas sur 232 où le frottis avait été réalisé ;
- BREWER [9] trouve également 60 % ;
- Même pourcentage pour la Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique d'Athènes (4 frottis positifs pour 6 effectués) ;
- PAPANICOLAOU [57] fut un des premiers à décrire des frottis cervico-vaginaux positifs dans l'épithélioma tubaire.

Pour d'autres auteurs, au contraire, cet examen est très incertain et imprécis pour l'aide au diagnostic :

- MONTAZEE [53] : sur 8 malades, 7 frottis furent réalisés, ils furent tous négatifs ;
- HANTON [31] : 14 frottis négatifs sur les 14 effectués dans sa série de 27 malades ;
- MOUTQUIN [54] : 2 frottis positifs sur les 6 effectués dans sa série de 17 cas, soit 31 % ;

- Dans les 10 cas de DODSON [19], aucun frottis positif ;
- TURUNEN [72] : un frottis suspect classe III sur les 6 pratiqués dans sa série de 58 malades ;
- Les malades de BOUTSELIS [7] ont toutes eu un frottis, 12 étaient classe I, 1 était classe III, 1 était classe V, soit 14 % de frottis positifs.

Ainsi, dans la littérature, les pourcentages de frottis positifs varient-ils de 0 à 60 %.

Mais on peut noter que, pour les séries citées, ils ont rarement été pratiqués, sauf en ce qui concerne les malades de la série de BOUTSELIS [7].

Beaucoup d'obstacles président à la positivité du frottis dans l'épithélioma tubaire.

Il faut en effet :

- une tumeur sécrétante et exfoliatrice ;
- un orifice utérin tubaire perméable, ce qui n'est pas toujours le cas ;
- un col utérin non sténosé, ce qui arrive parfois après la ménopause (BOURY-HEILER [6]) ;
- ou bien encore que l'épithélioma tubaire ait métastasé au vagin ou à l'endocol.

Aussi, afin de recueillir un maximum de sécrétions tubaires, dans le cas d'une tumeur peu sécrétante, certains artifices ont-ils été proposés :

- repos au lit la veille de l'examen ;
- mise en place d'une cape cervicale la veille du frottis ;
- aspiration endo-utérine et des culs-de-sacs vaginaux.

Un frottis positif n'oriente que vers un processus malin gynécologique sans pouvoir préciser lequel (KOSS [42]). Pour WATCHEL [76], les cellules pathologiques desquamées de la trompe ou de l'endocol ont une morphologie identique.

De toutes les façons, un frottis positif isolé, même avec un examen clinique et des examens complémentaires négatifs, doit faire discuter une coéloscopie, voire pour certains (JONES [39]) une laparotomie exploratrice d'emblée, et ceci d'autant plus que la femme est ménopausée.

MATHIEU [48] en donne une illustration : une femme ménopausée vient consulter pour des métrorragies. Son frottis est classe V. L'examen clinique, le curetage endo-utérin, l'hystéroggraphie sont négatifs. Un deuxième frottis pratiqué après ces divers examens est classe II, ce qui rassure. Trois mois plus tard, la malade revient pour récurrence des métrorragies et, à ce moment, il existe une masse annexielle.

La laparotomie découvre un carcinome tubaire évident. Ainsi, pour lui, tout frottis positif, même une seule fois, doit entraîner une laparotomie exploratrice.

On ne peut rien conclure d'un frottis négatif. On doit continuer les investigations d'autant plus qu'on connaît la fréquence des frottis et des examens paracliniques négatifs dans ce type de cancer. Cette négativité associée aux signes d'appel devrait faire évoquer le diagnostic d'épithélioma tubaire.

Parmi les raisons de la négativité des frottis, on a : une tumeur peu exfoliatrice (et c'est l'intérêt des artifices cités plus haut) et l'altération des cellules néoplasiques rendues méconnaissables au cours de leur voyage de la trompe au vagin.

Des frottis ont été réalisés chez quatre de nos malades (observations n^{os} 4, 6, 7 et 8). Ils ont été négatifs (2 classe I et 2 classe II).

B. — Hystérogaphie

Cette indication de l'hystérogaphie est très controversée. Elle ne permet en effet le diagnostic positif que dans un petit nombre de cas.

1) Technique. — Elle se pratique avec des produits de contraste hydrosolubles sous de faibles pressions pour ne pas forcer l'ostium abdominale et risquer ainsi l'essaimage de cellules tumorales dans la cavité péritonéale. Les clichés seront faits en réplétion et en évacuation.

2) Résultats. — Typiquement, c'est l'image d'une trompe dilatée dans sa portion externe avec un aspect lacunaire à bords irréguliers. Mais ceci est rare.

Image d'hydrosalpinx banal dont il faudra vérifier de façon précise la tonalité de l'image à la recherche d'une lacune.

Absence d'injection d'une trompe qui peut être le témoin d'une salpingite ancienne.

L'absence d'anomalie de l'endomètre, en présence de métrorragies, constitue un signe négatif de valeur.

A l'opposé, une anomalie utérine associée (polype, fibrome, cancer) peut égarer le diagnostic, les troubles signalés par la malade pouvant être rapportés à ces anomalies.

3) Dangers. — Malgré les précautions, le produit opaque peut forcer l'ostium abdominale ; il y aurait ainsi un risque théorique d'essaimage tumoral péritonéal.

Risque de flambée infectieuse (l'infection est fréquemment asso-

ciée à l'épithélioma tubaire), mais il peut être prévenu par une couverture antibiotique.

Cependant, comme le diagnostic d'épithélioma de la trompe n'est en général pas posé, il y a de nombreuses observations d'hystérogaphie dans la littérature pour lesquelles il n'y a pas eu de problème (MONTAZEE [53]).

L'hystérogaphie a été faite chez trois de nos malades (observations n° 5, 6 et 8). Dans un cas, elle était normale, dans les deux autres cas les trompes n'étaient pas injectées : une fois l'obstruction tubaire était consécutive à une salpingite tuberculeuse, dans l'autre cas il n'y avait pas de raison évidente et il existait en plus une hyperplasie de l'endomètre. L'hystérogaphie n'a donc pas permis le diagnostic dans les trois cas où elle a été pratiquée.

PALMER et SIROTSKY [68] rapportent respectivement un cas et trois cas de diagnostic d'épithélioma tubaire fait avant l'intervention grâce à l'hystérogaphie.

FOGH [26], quant à lui, considère cet examen comme hasardeux et peut-être superflu parce qu'il ne fait pas le diagnostic et ne permet pas de l'éliminer.

En fait, si l'hystérogaphie mène rarement seule au diagnostic, associée aux autres examens, en particulier le frottis et le curetage biopsique, elle est d'une aide précieuse. Si ces deux derniers examens sont positifs et que l'hystérogaphie ne montre rien d'anormal en particulier au niveau de l'utérus, le diagnostic d'épithélioma tubaire est à envisager. Que les frottis soient positifs ou négatifs, des images radiologiques même non spécifiques ont le mérite d'attirer l'attention sur la trompe. Ainsi, pour BOURY-HEILER [6], l'association cytologie-radiographie permet d'affirmer le diagnostic deux fois avant l'intervention et de le soupçonner trois fois.

C. — Curetage biopsique

C'est un examen fréquemment pratiqué devant des métrorragies. En fait, il recherche surtout un cancer de l'endomètre auquel on rapporte l'origine des troubles plus qu'un épithélioma tubaire :

- S'il est négatif, il faudra suspecter l'origine tubaire devant la persistance d'une hydroporrhée ou d'une hématorrhée (KNEALE [41]). Il fut négatif chez les 6 des 8 malades de MONTAZEE [53] chez qui il avait été effectué ;
- S'il est positif et qu'il s'agit bien d'un épithélioma tubaire, il en impose le plus souvent pour un épithélioma du corps utérin. Cette positivité est due à la présence de fragments tumoraux qui tran-

sitent dans l'utérus, mais il peut aussi révéler une métastase à l'endomètre de l'épithélioma tubaire.

Chez deux de nos malades, le curetage biopsique fut négatif (observations n^{os} 4 et 5). Chez une troisième malade (observation n^o 8), il a montré des signes d'inflammation spécifique.

D. — Cœlioscopie

Cet examen fait un peu figure de parent pauvre en matière d'épithélioma tubaire comparé aux services qu'il rend dans d'autres affections gynécologiques.

En effet :

- La cœlioscopie peut montrer une trompe normale si le cancer est à son début, puisque la tumeur reste endocavitaire pendant très longtemps ;
- Plus tardivement, elle peut montrer une trompe augmentée de volume, que l'on pourra prendre pour un hydrosalpinx, un pyosalpinx, voire un hématosalpinx. Pour VERHAEGHE [74], cela signe de façon formelle l'origine tubaire de l'affection ;
- Dans les lésions étendues, les adhérences empêchent de visualiser les lésions tubaires.

VERHAEGHE [74] pense qu'elle doit être réalisée devant tout écoulement vaginal abondant ou tout syndrome douloureux pelvien qui ne fait pas sa preuve cliniquement ou radiologiquement. Si elle ne fait pas non plus seule le diagnostic, elle entraînera une laparotomie exploratrice en cas de doute.

En fait, la cœlioscopie a rarement été employée jusqu'à présent, si l'on en juge par les séries publiées, peut-être à cause des écueils cités plus haut. La laparotomie exploratrice est le plus souvent réalisée d'emblée ; il y aurait peut-être lieu d'étendre les indications de cet examen.

E. — Autres examens

- **Ponction directe d'une masse annexielle :** ENNKER [22] cite un cas de tumeur ponctionnée parce que les frottis et le curetage biopsique étaient négatifs. Après centrifugation du liquide obtenu, des cellules tumorales ont été retrouvées, qui signaient le diagnostic. Mais ce procédé, possible lorsqu'on palpe une masse

annexielle, est considéré comme dangereux de par le risque d'essaimage de cellules tumorales qu'il comporte.

- **Culdoscopie et colpotomie postérieure** sont proposées par certains (JONES [39], BENSON [3]), mais la fréquence des adhérences, l'aspect souvent rassurant ne sauraient rendre ces examens d'un grand secours (BOURY-HEILER [6]).

Aucun examen complémentaire ne permet à lui seul le diagnostic d'épithélioma tubaire. Mais leur association, en particulier frottis, hystérogaphie, biopsie de l'endomètre, permet quand même une bonne approche diagnostique en procédant le plus souvent par élimination.

II) EXAMENS SERVANT AU BILAN DE L'EXTENSION DE L'EPI- THELIOMA TUBAIRE

- Lavement baryté, urographie intraveineuse, cystoscopie apprécient l'extension régionale, la radiographie pulmonaire, la scintigraphie hépatique, les métastases à distance ;
- **La lymphographie** vérifie l'aspect des chaînes ganglionnaires latéro-aortiques et iliaques dans lesquelles se drainent les lymphatiques tubaires. Si elles sont envahies, le traitement comportera en plus l'irradiation des chaînes latéro-aortiques.

Cinq de nos malades ont eu une lymphographie (observations n° 3, 4, 5, 6 et 7). Dans l'observation n° 4, elle n'a été pratiquée que lors de la récurrence. Les ganglions lombo-aortiques étaient envahis dans trois cas (observations n° 3, 4 et 6) et normaux dans les deux autres (observations n° 5 et 7).

DIAGNOSTIC

I) DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE

La revue de la littérature démontre rapidement la difficulté du diagnostic pré-opératoire de l'épithélioma tubaire primitif. Du fait de sa rareté, on n'y pense pas assez.

Pour DODSON [19], le diagnostic n'est fait que dans 5 % des cas. Dans la plupart des séries, il n'est jamais évoqué sauf pour celle de BOURY-HEILER [6] où il a été fait deux fois et soupçonné trois fois sur huit cas.

Chez aucune de nos neuf malades, le diagnostic n'a été porté avant l'intervention.

L'éventail des différents diagnostics est en fait très théorique. L'essentiel est de savoir poser l'indication opératoire. EMGE [20] disait : « Ce n'est pas de ne pas savoir faire le diagnostic pré-opératoire qui est une faute grave, mais de ne pas réaliser la nécessité de l'exploration chirurgicale toutes les fois qu'il existe un tableau pelvien particulier à l'âge du cancer. »

Les affections les plus couramment évoquées avant l'intervention sont :

1) Au niveau de l'utérus

a) Un fibromyome. — L'épithélioma tubaire lui emprunte parfois sa symptomatologie. De plus, l'association des deux est fréquente, étant donné que le cancer de la trompe et le fibrome ont leur pic maximal de fréquence dans la même tranche d'âge et que le fibromyome est très fréquent par lui-même. Examen clinique et hystérogaphie en permettent le diagnostic. Mais si les signes sont douteux, la laparotomie

exploratrice doit être décidée et il faudra étudier scrupuleusement les annexes.

Devant le tableau clinique, trois de nos malades furent opérées avec le diagnostic de fibrome (observations n^{os} 1, 8 et 9). Une fois, il était associé à un kyste de l'ovaire et à un hydrosalpinx (observation n° 9).

b) Un cancer de l'endomètre. — C'est le diagnostic le plus couramment évoqué lorsqu'une femme saigne au voisinage ou après la ménopause. L'hystérogaphie, là encore, corrigera le diagnostic. Mais le cancer de l'endomètre peut être une métastase de l'épithélioma tubaire ou exister simultanément.

La confusion serait un moindre mal puisque l'intervention s'impose le plus souvent, mais les indications thérapeutiques sont cependant différentes.

2) Au niveau de l'ovaire

Pour DODSON [19], l'atteinte ovarienne est la plus fréquemment évoquée. La masse latéro-utérine perçue est en effet souvent rapportée à un ovaire pathologique (kyste ou tumeur). Une symptomatologie aiguë fera penser à une torsion ou une rupture de kyste de l'ovaire.

Ce fut le cas pour une de nos malades (observation n° 2). Une seconde fut opérée pour un kyste de l'ovaire droit associé à un fibrome (observation n° 9), une troisième pour une tumeur de l'ovaire gauche comprimant l'uretère (observation n° 4). Donc, sur nos neuf cas, les symptômes ont été rapportés trois fois à l'ovaire.

3) Au niveau de la trompe

Des leucorrhées avec à l'examen gynécologique une masse anxielle évoquent d'abord un hydro ou un pyosalpinx.

Il ne faut pas se laisser abuser par des lésions d'allure bénigne, qui sont fréquemment associées à l'épithélioma tubaire.

La laparotomie exploratrice doit être proposée chaque fois que les lésions résistent au traitement classique, et d'autant plus que la femme est ménopausée.

La malade opérée pour kyste de l'ovaire droit et fibrome avait en outre un hydrosalpinx gauche qui cachait la tumeur (observation n° 9).

4) Enfin,

La malade peut être opérée pour bien d'autres motifs, comme nous l'avons vu à l'étude clinique (appendicite aiguë...).

II) DIAGNOSTIC OPERATOIRE

La plupart du temps, ce sont les constatations opératoires qui redresseront le diagnostic :

1) Parfois la trompe a un aspect tumoral évident. Elle est augmentée de volume, violacée ; la séreuse est lisse et tendue. Il y a une issue de végétations hors du pavillon. Il existe des adhérences aux organes voisins (sigmoïde), des granulations métastatiques dans le pelvis. Les ganglions lombo-aortiques peuvent être envahis.

Si trompe et ovaire sont impliqués dans le processus néoplasique, ce qui est fréquent, l'impression macroscopique du chirurgien pourra aider au diagnostic microscopique de la tumeur primitive, la microscopie seule étant parfois impuissante pour donner le point de départ devant le même aspect histologique des lésions.

Pour cinq de nos cas, l'origine tubaire des lésions semblait évidente à l'intervention (observations n^{os} 1, 2, 5, 6 et 7).

2) Parfois la tuméfaction tubaire ressemble à un hydrosalpinx ou à un pyosalpinx avec des adhérences qui simulent des adhérences inflammatoires banales. C'est alors à l'ouverture de la pièce opératoire qu'on portera le diagnostic, aidé par un examen anatomo-pathologique extemporané toutes les fois qu'il est réalisable, ou par un examen cytologique par empreinte (SICARD [67], BRET [8]).

Dans notre série, la trompe tumorale a été prise au début une fois pour un hydrosalpinx (observation n° 9), une fois pour un pyosalpinx (observation n° 6) une fois pour une salpingite tuberculeuse (observation n° 7).

3) Enfin, il peut arriver que la malade soit opérée pour autre chose (un fibrome par exemple) et c'est l'examen histologique qui mettra en évidence l'épithélioma tubaire.

Ce fut le cas pour deux de nos malades (observations n^{os} 8 et 9).

En fait, le problème est double, et il faut naviguer entre deux écueils :

a) Ne pas méconnaître l'épithélioma tubaire ce qui pourrait conduire à une intervention non appropriée. Pour WOODRUFF et PAUERSTEIN [80], étant donné le silence des carcinomes débutants, il faut enlever toute masse annexielle même asymptomatique, la conservation d'un ovaire chez des femmes jeunes ayant un hydrosalpinx pouvant entraîner une chirurgie inadéquate. PICCIOLI [60], en présence de lésions tubaires chez une femme ménopausée, même si le diagnostic de malignité n'est pas évident, fait une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale ; cette intervention est qualifiée « d'hystérectomie-biopsie ». Pour lui, cette intervention

n'est pas plus traumatisante qu'un geste chirurgical limité et, si on découvre des lésions malignes, il n'y a pas besoin de réintervenir.

- b)** Ne pas étendre abusivement la chirurgie radicale chez une femme encore jeune sur des lésions douteuses.

Une de nos malades (observation n° 7) illustre ce double problème. Le chirurgien qui est intervenu la première fois s'est contenté du prélèvement de fragments tubaires pour l'histologie, car, d'une part devant l'aspect des lésions il avait évoqué la possibilité d'une salpingite tuberculeuse (la malade ayant dans ses antécédents une histoire étiquetée à tort tuberculeuse), d'autre part elle était jeune (35 ans), et, n'ayant pas encore d'enfant, elle avait refusé toute chirurgie radicale.

L'intervention chirurgicale serait incomplète si elle ne faisait pas un bilan de l'extension tumorale aux organes pelviens (autre trompe, ovaires, utérus), à la cavité abdominale (foie, intestin, épiploon) et enfin aux ganglions lombo-aortiques.

III) CLASSIFICATION

Plusieurs essais de classification ont été publiés récemment (EREZ [23], MONTAZEE [53], DODSON [19]). Elles tendent à comparer entre elles de courtes séries et à apprécier le pronostic en fonction de l'extension et des traitements. Comme dans le cas de l'ovaire, la classification ne peut être faite qu'au moment de l'acte chirurgical.

Les classifications d'EREZ et de MONTAZEE sont cliniques et histologiques, celle de DODSON purement clinique.

1) La classification d'EREZ (1967) repose sur le mode d'extension du cancer tubaire :

- Stade I : cancer limité à la trompe et n'ayant pas dépassé la séreuse ;
- Stade II : cancer étendu à la séreuse ou aux viscères pelviens adjacents ;
- Stade III : cancer étendu au pelvis mais confiné à la cavité abdominale ;
- Stade IV : métastases extra-abdominales.

L'auteur note une diminution de la survie des malades en fonction du stade.

2) MONTAZEE (1968), ayant constaté une différence de survie chez les malades dont les tumeurs avaient donné de vraies métastases abdo-

minales et celles dont l'infiltration de l'abdomen s'était faite par extension directe, propose une modification de la classification d'EREZ :

- Stade I : tumeur limitée à la trompe n'envahissant ni musculuse ni séreuse ;
- Stade II a : tumeur étendue à la séreuse, mais n'ayant pas atteint les organes voisins ;
- Stade II b : tumeur envahissant directement les organes voisins, que ce soit dans le pelvis ou l'abdomen, ceci inclut aussi les métastases aux organes pelviens ;
- Stade III : vraies lésions métastatiques aux organes extra-pelviens mais restant dans l'abdomen ;
- Stade IV : métastases en dehors de l'abdomen.

3) La classification de DODSON (1970), purement clinique, est calquée sur celle de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique pour les tumeurs ovariennes :

- Stade I : tumeur limitée à la trompe ;
 Stade I a : tumeur limitée à une trompe sans ascite ;
 Stade I b : tumeur limitée aux deux trompes sans ascite ;
 Stade I c : tumeur limitée à une ou deux trompes avec ascite et cellules malignes retrouvées dans le liquide ;
- Stade II : tumeur touchant une ou deux trompes avec extension pelvienne ;
 Stade II a : extension et/ou métastase à l'utérus et à l'ovaire ;
 Stade II b : extension aux autres tissus pelviens ;
- Stade III : tumeur touchant une ou deux trompes avec métastases intra-péritonéales à l'abdomen (épiploon, grêle et son mésentère...) ;
- Stade IV : métastases en dehors de la cavité abdominale.

En fonction des critères de DODSON, et après avoir revu les comptes rendus opératoires de nos neuf malades, nous avons établi les stades cliniques :

- 5 malades sont stade I a ;
- 2 malades sont stade II a ;
- 2 malades sont stade II b.

Cette classification ne tient pas compte de l'extension ganglionnaire. Deux des malades, classées respectivement I a et II b, présentaient un envahissement des ganglions lombo-aortiques à la lymphographie (observations n° 3 et 6).

ANATOMO - PATHOLOGIE

I) MACROSCOPIE

1) Localisation des lésions

a) La tumeur se développe généralement dans les deux tiers externes de la trompe (NOVAK [55]). L'atteinte de la portion isthmique est plus rare.

b) Il ne semble pas se dégager de la littérature une atteinte préférentielle de l'une ou l'autre trompe.

Dans notre série, la lésion siégeait à droite trois fois, à gauche cinq fois et était bilatérale une fois.

c) La bilatéralité des lésions est fréquemment mentionnée par les auteurs, cependant moins souvent que dans le cancer de l'ovaire :

- 20 % des cas de HANTON [31] (soit 2 cas sur 10) ;
- 25 % des cas pour MOUTQUIN [54] ;
- 26,1 % pour SEDLIS [66] ;
- 31 % pour BOSCHANN [5] (5 fois sur 16) ;
- SCHILLER [65] la retrouve dans 21 % de ses cas (76 cas retrouvés dans la littérature après la fin de la revue de SEDLIS en 1955).

Cette atteinte bilatérale d'organes pairs n'est pas exceptionnelle puisque NOVAK [56] la retrouve dans plus de 50 % des carcinomes de l'ovaire.

La signification de ce fort pourcentage d'atteinte bilatérale tubaire est loin de faire l'unanimité. Pour certains, il s'agit de métastase (BROCQ-ROBERT [10], NOVAK [56]), pour d'autres de développement simultané (SEDLIS [66], WOODRUFF [79]).

Pour SEDLIS, cette opinion controversée peut se justifier par

le fait que la tumeur est fréquemment bilatérale en l'absence de métastases endométriale, ovarienne ou de la cavité péritonéale. De plus, les lésions sont souvent symétriques et à peu près de la même taille, ce qui tend à prouver qu'elles se sont développées en même temps.

SCHILLER [65], quant à lui, retrouve des lésions bilatérales dans les stades les plus avancés (14 sur 16 cas bilatéraux avaient un stade clinique III ou IV). Les taux de survie sont semblables aux cas de stades avancés, mais où la tumeur est unilatérale. Cette opinion serait donc plus en faveur d'une métastase.

Dans nos observations, nous retrouvons une fois une atteinte bilatérale ; elle correspond également à une tumeur assez évoluée puisqu'il existe des métastases ovariennes en surface et dans les culs-de-sacs vaginaux (stade II b).

2) Aspect extérieur de la trompe

Il dépend de la tumeur et des lésions associées.

Au début de l'évolution, la trompe a un aspect normal.

Ensuite, elle apparaît tuméfiée, le plus souvent dans sa moitié distale où elle est lisse, tendue, de couleur aubergine ou bleutée. L'aspect a été comparé à celui d'une saucisse.

La taille de la trompe est fonction de la taille de la tumeur (HU en décrit une de 17 centimètres de diamètre) et des lésions associées (hydro, hémato ou pyosalpinx). Dans la série de LOFGREN et DOCKERTY [45], sur douze cas, les trompes étaient augmentées de volume, trois fois du fait d'un hématosalpinx, les neuf autres fois à cause de la taille de la tumeur.

A la palpation, la tumeur est modérément ferme, rarement kystique ou nodulaire. A un stade ultérieur, la tumeur peut s'échapper par la pavillon ou franchir la séreuse par effraction. Dans ce cas, la trompe adhère aux structures voisines, en particulier l'ovaire, en une masse annexielle mal définie, d'où l'intérêt d'avoir la pièce opératoire dans son ensemble pour se faire macroscopiquement une idée du point de départ, chose le plus souvent impossible à l'échelle microscopique dans ces cas très évolués.

3) A l'ouverture

Il s'écoule souvent un liquide séro-hématique, parfois gélatineux (un des cas de BOURY-HEILER [6]).

La tumeur a un aspect granuleux (NOVAK [55]), une consistance molle, friable, une couleur grisâtre ou rosée.

Il existe parfois une nécrose associée ou des plages hémorragiques.

ULLERY [73] décrit les lésions comme des proliférations semblables à des arbres qui croissent vers le centre de la lumière tubaire. A un stade évolué, la tumeur emplit la trompe.

La paroi est longtemps respectée, même dans les tumeurs largement développées ; elle est alors mince et étirée.

4) Les orifices tubaires

L'orifice abdominal est le plus souvent fermé par accollement des franges du pavillon, ce qui freine la diffusion vers la cavité péritonéale.

L'orifice utérin, lorsqu'il est ouvert, permet l'écoulement des sécrétions tubaires vers le vagin. Il s'obstrue parfois, la collection d'amont distend alors la trompe et est à l'origine des crises douloureuses à type de coliques, ces crises cédant brusquement avec la décharge d'une grande quantité de liquide forment le symptôme d'hydrops tubae profluens.

5) Les lésions associées

a) Utérus :

- Fibromyome ;
- Polype.

b) Ovaire :

- Kyste banal ;
- Prolifération tumorale d'apparence semblable à celle de la trompe.

Il se posera alors le problème de l'origine de la tumeur.

c) L'autre trompe :

- Elle peut être normale ;
- Elle peut être cancéreuse ou le siège d'une lésion inflammatoire.

d) Envahissement ganglionnaire, en premier lieu lombo-aortique.

e) Citons enfin la possibilité d'une endométriose associée, comme c'était le cas dans une de nos observations (observation n° 8).

II) MICROSCOPIE

L'épithélioma tubaire est un adénocarcinome, le plus souvent papillaire développé aux dépens de l'épithélioma cylindrique de la muqueuse tubaire.

HU, TAYMOR et HERTIG [35] ont proposé la classification histologique suivante :

- Grade I : forme papillaire pure ;
- Grade II : forme papillo-alvéolaire ;
- Grade III : forme alvéolo-médullaire.

Au grade I, la tumeur est différenciée, elle se différencie du grade II au grade III.

En fait, cette distinction est très délicate et HANTON [31] souligne la difficulté de donner à ce classement un caractère rigoureux, étant donné la diversité des aspects histologiques et leur association au sein de la même tumeur, les aspects papillaires côtoyant des travées épithéliomateuses indifférenciées. A la différence de HU et Coll., HANTON, dans sa série, n'a pas trouvé de modification du taux de survie en fonction des types histologiques.

MONTAZEE [53] a classé sa série de huit cas, ainsi que celles de la littérature où il y avait assez de renseignements pour les classer en grades selon les critères de HU, et il a fait une étude du taux de survie. Il n'a pas toujours pu séparer avec précision les grades I et II ; de toutes les façons, il n'a pas trouvé de différence de survie entre les deux. En revanche, les tumeurs grade III, non papillaires, différenciées, ont un pronostic très péjoratif par rapport aux autres.

Nous partageons l'avis de HANTON, les tumeurs n'ont donc pas été classées du point de vue histologique.

DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC MICROSCOPIQUE

1) Epithélioma primitif ou secondaire ?

Lorsque la lésion est bien limitée, encapsulée, lorsqu'il n'y a pas de métastases utérines ou ovariennes ou lorsqu'elles existent mais sont petites, il n'y a aucun problème à affirmer le diagnostic d'épithélioma tubaire primitif.

Dans le cas contraire, en présence de métastases ovariennes ou utérines, le diagnostic ne peut bien souvent pas être affirmé avec certitude.

a) **Les métastases ovariennes.** — Elles sont fréquentes. On les trouve souvent par la pratique de coupes systématiques dans un ovaire en apparence sain. Lorsqu'elles sont petites, elles ne posent en général pas de problème.

Mais parfois, du fait de sa taille, la tumeur ovarienne passe pour le cancer primitif.

Lorsque le processus tumoral englobe la trompe et l'ovaire, la microscopie est le plus souvent impuissante à donner le point de départ des lésions, la tumeur ovarienne pouvant être de même structure histologique.

Bien souvent, de par la fréquence des tumeurs de l'ovaire, dans ces cas évolués, les lésions primitives seront attribuées à l'ovaire. Le diagnostic d'origine est alors impossible à affirmer, les données actuelles ne le permettant pas. L'aspect macroscopique de la pièce opératoire peut aider à la recherche de l'origine du cancer.

En fait, il faut tenir compte de la taille des lésions tubaires et de la taille et de la disposition des métastases ovariennes. Ainsi, dans l'observation n° 7, devant l'importance des lésions tubaires et la disposition en périphérie de l'ovaire des tumeurs ovariennes, il semblait plutôt s'agir d'un épithélioma tubaire primitif.

b) **Métastases utérines.** — La microscopie rencontre les mêmes difficultés, l'aspect histologique des lésions primitives tubaires ressemblant parfois à celui du cancer de l'endomètre.

2) Le problème de la tuberculose génitale

Un chapitre lui a été consacré. Les grosses difficultés à différencier microscopiquement l'épithélioma tubaire et la tuberculose sont à l'origine d'un certain nombre d'erreurs de diagnostic par excès ou par défaut.

Il faut multiplier les coupes et pratiquer un examen anatomo-pathologique très minutieux pour retrouver les lésions folliculaires et giganto-cellulaires typiques de la tuberculose.

III) EXTENSION

Elle reste longtemps endocavitaire, puis loco-régionale, mais elle peut métastaser :

- aux organes pelviens : ovaires, utérus, trompe contro-latérale, vessie, sigmoïde ;
- aux structures abdominales : péritoine, épiploon, grêle, foie ;
- aux ganglions qui drainent les lymphatiques tubaires : latéro-aortiques, iliaques, hypogastriques.

- Les autres aires ganglionnaires peuvent être atteintes (sus-claviculaire, cervicale, axillaire et même crurale et inguinale). Ce fut le cas dans l'observation n° 1.
- Enfin, plus à distance : poumons, os...

La propagation se fait selon différents modes :

1) Par contiguïté

L'effraction de la paroi tubaire est tardive, le cancer restant longtemps intracavitaire. L'envahissement se fait alors de proche en proche aux organes pelviens, au péritoine aboutissant à la carcinose péritonéale.

2) Par extension directe

Les cellules tumorales empruntant la voie canalaire vont se greffer sur différents organes :

- à travers l'ostium abdominale dans la cavité péritonéale, sur l'ovaire, l'épiploon, l'intestin... ;
- à travers l'ostium utérin, à l'endomètre, l'endocol (SCALI et DE BRUX [64], le vagin (MEIGS [49] a souligné la fréquence de ces métastases).

Dans cette optique, on comprend l'importance de l'occlusion de ces ostia par des processus inflammatoires et le rôle protecteur de celle-ci (COHN [14]), en particulier au niveau de l'ostium abdominale.

Pour certains auteurs, ce mode d'extension est des plus importants.

3) Par voie lymphatique

Le réseau lymphatique de drainage est dans la sous-séreuse et la séreuse (ROUVIERE [62]). De là partent les collecteurs sous forme de trois voies lymphatiques :

- une voie principale qui gagne les ganglions latéro-aortiques. Les collecteurs s'unissent à ceux de l'utérus et de l'ovaire et le trajet est à peu près le même que celui des collecteurs de l'ovaire ;
- deux voies accessoires :
 - iliaque externe, qui existe dans la moitié des cas,
 - hypogastrique, moins fréquente.

Il existe de nombreuses anastomoses entre les collecteurs tubaires, ovariens et utérins et ceux des capsules périrénales. Si-

CARD [67] rapporte un cas de cancer tubaire révélé par une métastase inguinale, les anastomoses lymphatiques sont donc très nombreuses. Le drainage des lymphatiques tubaires et leurs anastomoses expliquent l'inutilité d'un curage ganglionnaire lors de l'intervention, car, de toutes les façons, il serait limité ; en revanche, on voit l'intérêt de la radiothérapie.

Les métastases par voie lymphatique semblent rares et tardives (VILLAR [75], BOURY-HEILER [6]), au contraire très précoces pour VERHAEGHE [74].

Pour HERTIG [34], c'est la voie usuelle d'extension.

NOVAK [56] considère que ovaire et utérus sont souvent touchés du fait de leurs relations lymphatiques intimes avec la trompe.

Les métastases par voie lymphatique se font :

- à l'utérus : DE BRUX, sur l'étude longitudinale d'une pièce d'hystérectomie, a pu suivre le trajet des embolies lymphatiques dans le myomètre, l'endomètre était respecté et seulement érodé par de petites formations carcinomateuses ;
- à l'ovaire ;
- aux ganglions latéro-aortiques, iliaques, inguinaux, sus-claviculaires, cervicaux...

Deux de nos malades ont présenté des métastases sus-claviculaires gauche, trois mois après le diagnostic (observation n° 6), un an après (observation n° 4).

4) Par voie hémotogène

Elle rend compte des métastases à distance qui se font :

- au foie (observations n°s 4 et 6) ;
- aux poumons ;
- au squelette (WECHSLER [77], WILLIS [78]).

Trois de nos malades ont présenté des métastases à distance.

- pour une d'entre elles, trois mois après le diagnostic (sus-claviculaire et hépatique). Cette malade avait un envahissement des ganglions lombo-aortiques au moment de l'intervention (observation n° 6) ;
- une a présenté des métastases sus-claviculaire gauche et hépatique un an après le diagnostic (observation n° 4) ;
- la troisième a eu une récurrence au niveau de la jonction recto-sig-

moïdienne avec métastase appendiculaire quatre ans après le diagnostic initial (observation n° 5).

Trois malades sont en vie, mais avec un recul trop faible pour conclure.

En fait, l'impression qui domine est que la tumeur reste longtemps locale et loco-régionale et que, en présence d'une métastase, il est difficile de préciser quelle voie elle a empruntée.

TRAITEMENT

1) METHODES

A. — CHIRURGIE

1) Hystérectomie totale

avec salpingo-ovariectomie bilatérale (HT/SOB)

C'est l'intervention communément admise par les auteurs du fait de la fréquence des lésions tubaires bilatérales, des métastases ovariennes et utérines. Elle a été pratiquée dans les deux tiers des cas de la série de SEDLIS [66].

La colpo-hystérectomie avec lymphadénectomie (CHL) ne semble en effet pas indiquée du fait du mode de drainage des lymphatiques tubaires.

Pour BENSON [3] et VERHAEGHE [74], on peut quand même faire une lymphadénectomie iliaque externe si les conditions locales s'y prêtent et si la malade peut le supporter. Pour FUNCK-BRENTANO [29], elle se justifie en cas de propagation au corps utérin.

2) Des interventions plus larges peuvent être effectuées

a) Soit préventives :

- Epiploectomie : ce fut le cas dans l'observation n° 7.
- COUTURIER [16] et BENSON [3] conseillent une large résection vaginale étant donné la fréquence des métastases à ce niveau.

b) Soit curatives :

Elles sont pratiquées à la demande, selon l'extension de la tumeur : résection intestinale partielle.

CLARK et BRUNSWIG [13] décrivent même le cas d'une malade en vie six ans et demi après une exentération pelvienne.

3) A l'inverse, certains pratiquent des exérèses plus limitées

L'annexectomie unilatérale. — Elle ne se justifie pas, mais elle a pu être pratiquée parce que le diagnostic n'était pas soupçonné et a été une découverte histologique. TURUNEN [72] en décrit quatre cas. Il y a lieu de réintervenir pour compléter l'intervention.

L'annexectomie bilatérale seule. — Elle a été proposée par ENGSTROM [21] et constitue la base de la méthode suédoise. L'utérus est conservé comme porte-radium et, après une irradiation pelvienne complémentaire, il peut être enlevé.

B. — RADIOTHERAPIE

Son utilisation systématique après le temps chirurgical a été controversée par de nombreux auteurs.

Pour SEDLIS, chez qui elle avait été pratiquée dans 67 % des cas de sa série de 232 malades, FRANKEL [27] et HANTON [31], elle est sans efficacité. C'est aussi l'avis de MONTAZEE [53] dans sa série de 30 malades, mais celui-ci reconnaît :

- d'une part, que la radiothérapie a toujours été réservée aux stades les plus évolués ;
- que bien des malades n'ont pas bénéficié d'une irradiation à haute énergie puisqu'elle ne se fait que depuis 1962 ;
- et enfin que les séries publiées sont trop petites pour que l'on puisse tirer des conclusions précises.

Ainsi FOGH [26] a comparé une série de 21 malades ayant reçu avant 1962 une irradiation complémentaire à basse énergie et une série de 17 cas ayant bénéficié après 1962 d'une irradiation post-opératoire à haute énergie. Il a trouvé une survie de 60 % à deux ans et demi dans le deuxième groupe contre 30 % dans le premier, ce qui pour lui, malgré le petit nombre de cas, semble montrer une amélioration du pronostic après irradiation.

PHELPS [58] recommande son utilisation systématique en post-opératoire chez toutes les malades où la tumeur est limitée au pelvis, même si elle est microscopique.

L'irradiation externe, avec des photons de haute énergie (béta-tron, cobalt, accélérateur linéaire) est en général appliquée selon les modalités suivantes :

1) Visée curative (en post-opératoire)

- Sur la cavité pelvienne (à la dose de 5.000 rads en 5 semaines, à raison de 5 séances de 200 rads par semaine), elle vise à stériliser totalement le pelvis ;
- Sur les chaînes lombo-aortiques, s'il existe un envahissement ganglionnaire à la lymphographie ou à l'intervention.

2) Visée palliative

Dans les tumeurs très évoluées, elle permet ensuite parfois secondairement une chirurgie d'exérèse.

C. — RADIUMTHERAPIE

Les auteurs suédois emploient cette méthode :

- Annexeomie bilatérale simple ;
- Application de radium dans l'utérus resté en place ;
- Radiothérapie externe complémentaire ;
- Hystérectomie totale complémentaire.

Le taux de survie d'ENGSTROM par cette méthode est élevé puisque de 38 % à 5 ans.

D. — LES ISOTOPES RADIOACTIFS

En solution colloïdale (or 198, P 32), ils peuvent être injectés dans la cavité péritonéale si celle-ci est libre ; ils délivrent sur une zone étendue des doses importantes, mais peu pénétrantes.

Cela a été fait chez 6 malades de la série de PHELPS [58].

E. — CHIMIOTHERAPIE

1) Par voie locale

- En post-opératoire directement dans la cavité péritonéale avec un alkylant (Thiothépa-Endoxan) ;
- De façon palliative, s'il apparaît une ascite (DEGRANOL).

2) Par voie générale

C'est le plus souvent une polychimiothérapie associant alkylants et antimétabolites (5 fluoro-uracile, Méthotrexate, Velbé) effectuée

par cure en général de trois de ces produits sous contrôle de la numération formule sanguine. Son efficacité est mise en doute par un grand nombre d'auteurs.

Mais BLAIKLEY [4] publie le cas d'une malade opérée d'une tumeur tubaire gauche, à un stade de carcinose péritonéale, l'utérus, l'ovaire gauche et l'annexe droite ont été laissés en place parce que normaux. La malade a été mise au Chlorambucil (5 mg deux fois par jour au début), puis à des doses plus faibles ultérieurement pour tenir compte de la numération ; cinq ans plus tard, elle était toujours en vie sans signe de récurrence.

Trois des malades stade III (classification de DODSON) de PHELPS ont vécu deux ans, maintenues par une chimiothérapie, les trois qui n'en ont pas eu sont décédées en quelques mois.

TURUNEN [72] utilise un traitement complémentaire par Cyclophosphamide pour toute malade porteuse d'un carcinome tubaire.

II) INDICATIONS

Elles tiennent compte de la connaissance de la lésion, de son extension uniquement pelvienne ou l'ayant dépassée :

- 1) Si le diagnostic est posé avant l'intervention, ce qui est encore exceptionnel, ou pendant l'acte chirurgical, devant l'aspect macroscopique de la trompe, son aspect à l'ouverture ou mieux à la suite d'un examen extemporané, le traitement sera une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale (HT/SOB) suivie d'une irradiation pelvienne et d'une irradiation des chaînes ganglionnaires lombo-aortiques si elles sont envahies.

Les lésions les plus étendues (à l'épiploon, au sigmoïde) seront justiciables d'une chirurgie plus large, suivie d'une radiothérapie et, éventuellement, d'une chimiothérapie.

- 2) Si le diagnostic n'était pas soupçonné à l'intervention et n'a été qu'une découverte histologique, ce qui est fréquent, et si l'intervention avait été limitée à une hystérectomie (en cas de fibrome) ou à une annexectomie simple, il faudra pratiquer une intervention complémentaire, ainsi qu'une radiothérapie (VERHAEGHE [74], PHELPS [58]).
- 3) En cas de récurrence ou de métastases, on procédera éventuellement à une nouvelle laparotomie, on pratiquera une irradiation abdomino-pelvienne, si elle n'avait pas été faite au moment du diagnostic, sur les aires ganglionnaires atteintes (sus-claviculaire...)

La chimiothérapie trouve enfin là une de ses indications, bien que certains la pratiquent systématiquement à titre de traitement d'entretien pour tout cancer tubaire (TURUNEN [72]) avec, comme critère d'efficacité, la leucopénie qui lui est associée.

Le traitement de nos neuf malades a comporté huit fois une HT/SOB et une fois une CHL. Sept malades ont eu une irradiation pelvienne complémentaire à la dose de 5.000 rads. Deux de ces sept malades ont eu en plus une irradiation des chaînes ganglionnaires lombo-aortiques. Une malade est décédée avant d'avoir reçu l'irradiation pelvienne et lombo-aortique prévue (observation n° 3).

Une seule malade n'a pas reçu d'irradiation complémentaire après l'intervention ; elle a présenté une métastase ganglionnaire sus-claviculaire gauche un an après (observation n° 4).

Trois malades ont présenté des récurrences ou des métastases :

- Une en cours d'irradiation pelvienne et lombo-aortique a présenté des adénopathies des creux sus-claviculaires et, quelque temps plus tard, une masse dans la région sus-ombilicale, ainsi qu'une volumineuse masse pelvienne.

Le traitement a alors été complété par une irradiation des creux sus-claviculaires et des cures d'Endoxan (1 g). La malade est décédée rapidement 10 mois après le diagnostic (observation n° 6).

- La deuxième malade a présenté un an après l'intervention une métastase sus-claviculaire gauche pour laquelle elle a reçu une chimiothérapie à base de Méthotrexate (100 mg), d'Endoxan (300 à 500 mg) et de Velbé (7,5 à 10 mg) par cure tous les 15 jours, ainsi qu'une immunothérapie (B.C.G.). Puis, devant la récurrence, au niveau de presque toutes les aires ganglionnaires superficielles et profondes, elle a été irradiée au niveau de ces chaînes (y compris les chaînes ganglionnaires lombo-aortiques). Le traitement a été complété par une irradiation abdomino-pelvienne qu'elle n'avait pas eu au moment du diagnostic. La malade est décédée 5 ans après la récurrence (observation n° 9).
- La troisième malade a présenté une récurrence pelvienne avec métastase à l'appendice 4 ans après la première intervention. Une nouvelle laparotomie exploratrice a été faite, mais étant donné l'extension des lésions et l'âge de la malade on a renoncé à une chirurgie curative qui aurait été trop mutilante (pelvectomie totale). La malade n'a finalement eu aucun traitement et est toujours en vie un an après cette deuxième intervention (observation n° 5).

PRONOSTIC - SURVIE

Le pronostic de l'épithélioma tubaire primitif est classiquement très réservé. Pour EREZ [23], les métastases apparaissent précocement et l'absence de symptômes spécifiques empêche le diagnostic et le traitement avant que la dissémination ait eu lieu.

La survie à 5 ans varie de 5 % (CORSCADEN [15], EMGE [20]), à 44 % pour HANTON [31] et HERTIG [34] qui ne considèrent que les formes limitées à la trompe, avec des chiffres moyens de 23,5 % pour SEDLIS [66], 27 % pour HAYDEN [35] sur 12 cas, 28 % pour BRODERS [11].

Certains auteurs font pourtant état de survie prolongée dans des cas isolés, 13 ans pour BAUMANN [2], 16 ans pour PHELPS [58].

Dans la série de HANTON (17 cas), 50 % des décès eurent lieu avant la deuxième année après le traitement initial.

Depuis la parution de la classification de DODSON [19], les quelques séries publiées étudient la survie en fonction du stade et du traitement.

DODSON [19], en 1970, donne, pour sa série, les résultats suivants :

Stade	ETAT		TRAITEMENT		
	En vie	DCD	Chirurgie	Radiations	Chimio-thérapie
I a	1,5 an		×	×	—
I a	—	2 ans	×	×	×
I a	—	5 ans	×	—	—
I a	—	7 ans	×	—	—
I b	—	1 an	×	×	—
II b	4,5 ans	—	×	×	×
II b	2,5 ans	—	×	×	—
IV	—	2 ans	×	×	×
IV	—	5 jours	×	—	—
IV	—	5 jours	×	—	—

Sept malades sur 10 sont stade I et II, la survie à 5 ans est de 40 % pour les stades I, 0 % pour les stades II, soit 28 % pour les stades I et II et 20 % pour la totalité des stades.

Parmi les 3 malades stade IV, 2 sont décédées très rapidement, une a survécu 3 ans avec radiothérapie et chimiothérapie.

MOUTQUIN [54] en 1973, dans sa série de 15 cas :

STADE	NOMBRE DE MALADES	SURVIE A 5 ANS
I	4	3/4
I a	3	3/3
I b	1	0/1
II	4	1/4
II a	2	0/2
II b	2	1/2
III	6	0/6
IV	1	0/1

La survie globale à 5 ans est de 20 %, celle des stades I et II de 37,5 %.

PHELPS [58], en 1974, trouve une survie à 5 ans de 53 % :

STADE	NOMBRE DE MALADES	SURVIE A 5 ANS
I	4	3/4
II	5	5/5
III	6	0/6

La survie à 5 ans des stades I et II est de 63,5 %.

Toutes les malades de sa série de 15 ont eu au minimum une HT/SOB, sauf une qui n'a eu qu'une salpingo-ovariectomie unilatérale. Une radiothérapie a complété le traitement de ces 15 malades.

Huit malades sur 15, stade I ou II, au moment du diagnostic, étaient encore en vie sans signe de récurrence pour une période allant de 18 mois à 16 ans (avec des survies très prolongées : 9 ans, 7 ans, 6 ans, 5 ans, 5 ans), soit une survie à 5 ans de 63,5 % dans

ces stades I et II. Les malades dont les lésions étaient limitées au pelvis ont toutes survécu sauf une, stade I a, chez laquelle il y avait eu une rupture de la tumeur lors de l'intervention.

Toutes les malades qui avaient des métastases péritonéales (stade III) sont décédées.

Ces trois séries ne font pas état de l'envahissement ganglionnaire au moment du diagnostic et n'en tiennent pas compte dans l'appréciation du pronostic.

Pour ce qui est de nos neuf observations, nous avons les résultats suivants :

STADE	NOMBRE DE MALADES	SURVIE A 5 ANS
I a	5	2
II	4	2
II a	2	2
II b	2	0

Dans notre série de 9 cas, nous n'avons que des stades précoces. La survie à 5 ans est de 44 %. Quatre de nos malades sont toujours en survie avec des reculs respectifs de 10 ans, 9 ans, 6 ans et 5 ans. Trois malades sont en vie avec des reculs insuffisants pour conclure : un an et demi, un an et demi et un an. Les deux malades restantes (stade I a et II b) sont décédées très rapidement : 10 mois et 2 mois après l'intervention. Elles étaient les seules à présenter un envahissement des ganglions lombo-aortiques à la lymphographie au moment du diagnostic.

Dans les séries citées, toutes les malades ont eu au minimum une HT/SOB et pour la plupart une irradiation complémentaire à haute énergie.

De ces données, on peut conclure que la survie est en relation avec le stade, compte tenu de l'envahissement ganglionnaire précoce où, quel que soit le stade initial et le traitement, le pronostic, comme dans celui du cancer de l'ovaire, est rapidement défavorable.

La survie globale à 5 ans de 44 % de nos malades (comme celle de 53 % de la série de PHELPS) est élevée par rapport aux chiffres couramment cités mais, si l'on considère uniquement la survie des stades limités (I et II), elle coïncide avec les chiffres de

DODSON (28 %), MOUTQUIN (37,5 %) et PHELPS (63,5 %), montrant que la survie dans ces stades est relativement élevée et le pronostic moins défavorable qu'on ne le pensait jusqu'alors.

Mais le nombre de séries faisant état du stade pour apprécier la survie est encore insuffisant pour tirer des conclusions statistiquement valables.

CONCLUSION

De cette revue de l'épithélioma primitif tubaire se dégagent les éléments suivants :

- C'est une affection rare à laquelle on pense peu fréquemment, touchant la femme le plus souvent au voisinage de la ménopause.
- Malgré toute l'attention clinique possible, malgré l'aide des examens complémentaires (frottis, hystéroggraphie, coelioscopie...) le diagnostic pré-opératoire est encore très difficile à faire dans l'état actuel de nos moyens diagnostiques. Cette tumeur évolue à bas bruit et emprunte une symptomatologie souvent bien éloignée des signes classiques décrits.
- Le diagnostic histologique a également ses limites puisque, actuellement, dans les stades étendus ou ovaire et/ou utérus sont impliqués, bien souvent on ne peut préciser le point de départ de la lésion, devant un aspect microscopique semblable.
- Le traitement est toujours au minimum une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale et il semble bien que l'irradiation pelvienne systématique à haute énergie soit considérée comme bénéfique dans les publications récentes. En cas d'envahissement des ganglions lombo-aortiques, il sera complété par l'irradiation de ces chaînes. La chimiothérapie, le plus souvent réservée aux stades étendus, a trop peu été utilisée jusqu'à présent pour que l'on puisse tirer des conclusions statistiquement valables.
- Une notion nouvelle se dégage de l'emploi de la classification de DODSON depuis 1970 : le pronostic des épithéliomas tubaires, considéré comme très péjoratif jusqu'à présent, intéressait l'ensemble des tumeurs. La survie apparaît relativement prolongée si l'on considère uniquement les stades précoces (I et II) au moment de l'intervention, c'est-à-dire les lésions limitées à la trompe. En revanche, l'existence de lésions extra-tubaires ou extra-pelviennes (stades III et IV) ou l'atteinte ganglionnaire lombo-

aortique, même dans les stades précoces, est un facteur très péjoratif du pronostic (nos deux malades, respectivement stade I et II mais avec envahissement des ganglions lombo-aortiques, sont décédées très rapidement malgré le traitement).

C'est dire l'intérêt de la classification et de la lymphographie systématique pour l'appréciation du pronostic.

Vu le Président de Thèse :

Professeur Pierre DENOIX.

Vu le Doyen de la Faculté

de Médecine PARIS-SUD.

Le Recteur de l'Académie.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANSPACH B.M. : The Early Diagnosis of Adnexal Cancer. Amer. J. Obstet. Gynec., 20 : 571, 1930.
2. BAUMANN : mem. Acad. Chir., 1957 ; LXXXII, 909-909.
3. BENSON R.C. : dept. Obstet. Gynec., univ. Oregon Med. Sch., Portland, Oreg., U.S.A., Carcinoma of the Fallopian Tube, C.A., 18, 186-188, 1968.
4. BLAIKLEY J.B. : Advanced Adenocarcinoma of the Fallopian Tube. J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm., 80 : 757-758-, 1973.
5. BOSCHANN H.W. : Zur Klinik und Patologie des Primären Tubenkarzinoms. Zschr. Geburtsh Gynec., 136 : 58, 1952.
6. BOURY-HEILER C. : Huit cas d'épithéliomas tubaires primitifs. Gynec. Obst., 63, 221-238, 1964.
7. BOUTSELIS J.G., THOMPSON J.N. . Clinical Aspects of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Am. J. Obstet. Gynec., 111 : 98-101, 1971.
8. BRET et LEGRAND : l'Epithélioma de la trompe de Fallope. Presse Médicale, 86 : 1808-1812, 1954.
9. BREWER J. et GUDERIAN A. : Diagnosis of Uteri Tube Carcinoma by Vaginal Cytology. Obstet. and Gynec., 8 : 664, 1956.
10. BROCOQ-ROBERT G.H. : Précis de gynécologie chirurgicale. Masson et Cie, Edit., Paris, 1974.
11. BRODERS A.C. : Minnesota Med., 8 : 726, 1925.
12. CALLAHAN W.P., SCHILTZ F.H. et HELLWIG C.A. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes Associated with Tuberculosis. Surg. Gynec. Obstet., 48 : 14, 1929.

13. CLARK D.G. et BRUNSCHWIG A. : Total Pelvic Exenteration for Recurrent Carcinoma of the Uterine Tubes. Report of a Case. *Obstet. Gynec.*, 24 : 569, 1964.
14. COHN S., ROSSANO R.W., FENTON A.N. : Primary Carcinoma of Fallopian Tube. *N.Y. St. J. Med.*, 69 : 1321-1328, 1969.
15. CORSCADEN J.A. : *Gynecologic Cancer*, Baltimore, 1956, William and Wilkins Company.
16. COUTURIER M.G., NEALE R.C., EDEN N.C. : Adenocarcinoma of Umbilicus secondary to Fallopian Tube Carcinoma. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 105 : 32-33, 1969.
17. CRIST T., PALUMBO L., SHINGLETON H.M. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Report of Three Cases and Revue of Literature. *STH. Med. J.*, 61 : 311-312, 1968.
18. DEL PUFLETT : Tuberculous Salpingitis Resembling Adenocarcinoma. *Med. J. Aust.*, 2 : 149-151, 1972.
19. DODSON M.G., FORD J.H. et AVERETTE H.E. : Clinical Aspects of Fallopian Tube Carcinoma. *Obstet. Gynec.*, 36 : 935-939, 1970.
20. EMGE L.A. : Six Cases of Carcinoma of the Fallopian Tube. *West. J. Surg.*, 56 : 334, 1948.
21. ENGSTROM L. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Acta Obstet. Gynecol., Scand.*, 36 : 289-305, 1957.
22. ENNKER I. : *Gebrurtsh Frauenheilk.*, 15 : 898-907, 1955.
23. EREZ S., KAPLAN A.L., WALL T.A. : Clinical Staging of the Uterine Tube. *Obstet. Gynec.*, 30 : 547-550, 1967.
24. EZES H. : le Cancer de la trompe. *Revue du praticien*, XV : 3581-3588, 1965.
25. FINN W.F., JAVERT C.T. : Primary and Metastatic Carcinoma of the Fallopian Tube. *Cancer*, 2 : 803, 1949.
26. FOGH I.B. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Cancer*, 23 : 1332-1335, 1969.
27. FRANCKEL A.N. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 72 : 131-143, 1956.
28. FULLERTON W.D. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Amer. J. Surg.*, 48 : 467-472, 1940.
29. FUNCK-BRENTANO P. : *Bull. féd. soc. gynéc. obstét. franç.*, I, 3, 228-229, 1949 ; *Bull. féd. soc. gynéc. obstét. franç.*, 1952 : 296-309 ; *Mem. acad. Chir.*, LXXXIII, 903-909, 1957.

30. HAMEED K. : Carcinoma Arising in Tuberculous Fallopian Tube. Amer. J. Obstet. Gynec., 103 : 595-596, 1969.
31. HANTON E.M., MALKASIAN G.D., DAHLIN D.C. et Al. : Primary Carcinoma of Fallopian Tube. Amer. J. Obstet. Gynec., 94 : 832-839, 1966.
32. HATHOUT H.M., HASSAN S. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Case Report. Aust. N.Z. Obstet. Gynaec., 13 : 56-59, 1973.
33. HAYDEN G.E., POTTER E.L. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Amer. J. Obstet. Gynec., 79 : 24-31, 1960.
34. HERTIG A.T. et GORE H. : Tumors of the Female Sex Organs. Armed Forces Institute of Pathology, 176 p. ill., 1961.
35. HU C.Y., TAYMOR M.L., HERTIG A.T. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Amer. J. Obstet. Gynec., 59 : 58, 1950.
36. HURLBUTT F.R. et NELSON H.B. : Primary Carcinoma of the Uterine Tube. Report of 12 New Cases. Obstet Gynec., 21 : 730-736, 1963.
37. ISRAEL L.S., CRISP W.E. et ADRIAN D.C. : Pre-operative Diagnosis of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Amer. J. Obstet. Gynec., 68 : 1589, 1954.
38. JOHNSON W.O. et MILLER A.J. : Ann. Surg. 93 : 1208, 1931.
39. JONES O.V. : Primary Carcinoma of Uterine Tube. Obstet. Gynec., 26 : 122-129, 1965.
40. KAHN M.E. et NORRIS S. : Amer. J. Obstet. Gynec., 28 : 393, 1934.
41. KNEALE B.L. et ATTWOOD H.D. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Amer. J. Obstet. Gynec., 94 : 840-848, 1966.
42. KOSS L.G. et DURFEE G.R. : Diagnostic Cytology, Philadelphia, 1961, J.B. Lippincott Company, p. 154.
43. LATZKO W. : Linkseitige Tubenkarzinom, Rechtseitige Karzinomatose Tubo-ovarial-cyste. Zbl. Gynaek, 40 : 599, 1916.
44. LIEGEOIS A. : Un épithélioma primitif de la trompe. Son dépistage cytologique. J. gynéc. obstét. biol. reprod., 1 : 745-753, 1972.
45. LOFGREN K.A., DOCKERTY M.B. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes. Surg. Gynec. Obstet., 82 : 199, 1946.
46. MARTZLOFF K.H. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Amer. J. Obstet. Gynec., 40 : 804, 1940.
47. MASON L.W. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tubes. Amer. J. Surg., 93 : 842-847, 1957.

IV

48. MATHIEU J., MIKAELIAN S., FRERE M., MINASSIAN J. : Métrorragies post-ménopausiques. Frottis positifs. Tumeur de la trompe. Bull. féd. soc. gynec. obstét. franç., 21 : 448-449, 1969.
49. MEIGS J.V. : Tumor of the Female Pelvic Organs. Macmillan Company, Edit., New York, 1934, p. 485.
50. MEYER L. : Ugeskr. Laeger, 73 : 1526, 1911.
51. MINH H.N., BOVE N., GONTIER M.F., STOPPA R., SMADJA A. : Carcinose péritonéale avec métastase pariétale ombilicale d'un microcarcinome tubaire. Bull. féd. gynec. obstét. franç., 23 : 601-602, 1971.
52. MITCHELL R.M. et MOBLLER R.W. : Primary Carcinoma of Fallopian Tubes. Amer. J. Obst. Gynec., 50 : 288-292, 1945.
53. MONTAZEE S., KEMPSON R.L. : Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube. Obstet. Gynec., 32 : 649-655, 1968.
54. MOUTQUIN J.-M., DERY J.-P., BOIVIN Y. : Néoplasies primitives de la trompe de Fallope. Un. méd. Canada, 102 : 1664-1669, 1973.
55. NOVAK E. et NOVAK E.R. : Gynecology and Obstetrical Pathology. W.B. Saunders Company, 4^e édit., 1958.
56. NOVAK E.R. et JONES G.S. : Novak's Textbook of Gynecology. The William and Wilkins Company, 6^e édit., Baltimore. 1961.
57. PAPANICOLAOU G.N. : Cytologic Studies in Diagnosis of Carcinoma. J. Internat. Coll. Surgeons, 21 : 419-426, 1954.
58. PHELPS H.M., CHAPMANN K.E. : Role of Radiationtherapy in Treatment of Primary Carcinoma of the Uterine Tube. Obstet. Gynec., 43 : 669-673, 1974.
59. PLENTL A. et FRIEDMAN E.A. : Lymphatic System. of the Female Genitalia Major Problems in Obstetrics and Gynecology. Vol. n° 2 : 153-167. Saunders Company, Philadelphia, 1971.
60. PICCIOLI R., PETRY J.-M. et LEFAKIS P. : Réflexions à propos du cancer de la trompe de Fallope. Gynécologie, XXV, 387-389, 1974.
61. ROBEY M., GOIRAN J.-P., ROBEY F., SALLERON A. : L'Adénocarcinome de la trompe de Fallope. J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod., 1 : 581-590, 1972.
62. ROUVIERE : Anatomie des lymphatiques de l'homme. Masson et Cie, Edit., 1932.
63. SACREZ : Thèse, Strasbourg, 1960.
64. SCALI M.-P. et DE BRUX J. : Carcinome tubaire avec métastase endocervicale révélatrice et compression de l'uretère droit. Bull. féd. soc. gyn. obst., 16 : 536-540, 1964.

65. SCHILLER H.M., SILVERBERG S.G. : Staging and Prognosis in Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Cancer*, 28 : 389-395, 1971.
66. SEDLIS A. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Obstet. Gynec. Surv.*, 16 : 209-226, 1961.
67. SICARD : *Mém. Acad. Chir.*, LXXXII, 903-909, 1957.
68. SIROTSKY J.-E. : le Diagnostic du cancer des trompes par hystéro-salpingographie. *Vop. Onkal.*, 16 : 21-23, 1970.
69. SOL FERNANDEZ J.R. Del, NICOLA VALLEJO M. de Y. BAYODIEZ A. : Carcinoma multicentrico de cervix y trompa a proposito de un caso. *Toko Gynecologia practica*, 33 : 1265-1276, 1974.
70. THEODOSE G. : Cancers primitifs des trompes utérines. Thèse, Marseille, 1972, 76 p.
71. THOYER-ROZAT J. : Un cas d'épithélioma primitif des trompes. *Bull. ass. gyn. et obst. franç.*, 2 : 277-279, 1950.
72. TURUNEN A. : Diagnosis and Treatment of Primary Tubal Carcinoma. *Int. J. Gynaec. Obstet.*, 7 : 294-300, 1969.
73. ULLERY J.C. : Benign and Malignant Neoplasms of the Fallopian Tube. In Kimbrough, R.E. : *Gynecology* J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1965.
74. VERHAEGHE M., FICHELE M.-C., DEMAILLE A. : les Tumeurs malignes primitives de la trompe de Fallope. *Clinique*, 65 : 57-60, 1970.
75. VILLAR J., FIZ G., TACHOT P., LANCE D. : les Cancers de la trompe utérine. *RICM*, 22, rue Drouot, Paris (9^e), t. II, 9, 1964.
76. WACHTEL E. : *J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm.*, 68 : 101-105, 1961.
77. WECHSLER H.F. : Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. *Arch. Path.*, 2 : 161, 1926.
78. WILLIS R.A. : *Pathology of Tumours*, 3^e édit., London : Butterworth, 1960.
79. WOODRUFF J.D., JULIAN C.G. : Multiple Malignancy in the Upper Genital Canal. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 103 : 810-822, 1969.
80. WOODRUFF J.D. et PAUERSTEIN C. J. : *The Fallopian Tube. Structure, Function, Pathology and Management*. Baltimore, William and Wilkins Co, 1969, 281-282.

